Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 42. 15. October. 1889. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 36. Jahrgang.

Originalien.

Zur Aetiologie der septischen Peritonitis.

Von Privatdocent Dr. *E. Bumm* in Würzburg.

(Nach einem in der gynäkologischen Section der Naturforscher-Versammlung zu Heidelberg gehaltenen Vortrage.)

Meine Herren! Man bezeichnet im Gegensatz zu der nicht infectiösen oder einfachen Peritonitis, welche durch chemische und mechanische Reize zu Stande kommt und in der Regel zu fibrinösen Ausschwitzungen und Verklebungen der Serosablätter führt, diejenigen Formen der Bauchfellentzündung als septische, bei welchen gewisse — septische — Mikroorganismen im Spiele sind.

Der Ausdruck »septische Peritonitis« ist ein ausserordentlich geläufiger und könnte es danach scheinen, als ob diese Erkrankung eine durch und durch wohl gekannte sei. Sieht man jedoch genauer zu, fragt man sich insbesondere, was es denn eigentlich mit der Entstehung der septischen Peritonitis für eine Bewandniss hat, so zeigt sich, dass wir hierüber nicht gerade allzu viel wissen und desshalb unsere Vorstellungen von dem Wesen der septischen Peritonitis nur sehr vage sind. Diese mangelhafte Erkenntniss ist nicht nur vom theoretischen Standpunkt aus zu beklagen, sie kann auch für unser praktisches Verhalten bei Laparotomien nicht gleichgültig sein. Denn es steht zu erwarten, dass wir die septische Peritonitis um so leichter und erfolgreicher vermeiden werden, je besser wir ihre Ursachen kennen. In diesem Sinne war ich im Laufe der letzten Jahre bestrebt, Beobachtungen über die Aetiologie der septischen Peritonitis zu sammeln. Wenn ich Ihnen diese jetzt schon — unvollständig wie sie sind — vorführe, so geschieht es in der Absicht, zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiete anzuregen. Nur gemeinsame Arbeit kann hier zum erwünschten Ziele führen.

Jedenfalls ist nicht eine septische Bauchfellentzündung wie die andere. Wie ich sogleich auseinander setzen werde, muss man vielmehr verschiedene Formen von einander unterscheiden, welche mir sowohl bakteriologisch, als auch anatomisch und klinisch wohl charakterisirt zu sein scheinen.

Wenn eine Frau bei der Geburt inficirt wird und sich der Infectionsprocess vom Genitaltractus aufs Bauchfell ausbreitet, so entwickelt sich eine »septische« Peritonitis, die fast regelmässig tödtlich endet. Die Ursache der Bauchfellentzündung ist in diesen Fällen ein uns wohl bekannter Mikroorganismus, der Wundstreptococcus. Beobachtungen, welche dies beweisen, sind schon vor Jahren erhoben worden. Alle neueren Untersuchungen haben diese alten Befunde bestätigt.

Die Wege, auf welchen die Keime vom Orte der ersten Infection, d. h. vom Schleimhauttractus des Genitalrohrs bis an und in das Peritoneum gelangen, müssen noch genauer erforscht werden. A priori lässt sich vermuthen, dass die Pilze entweder den physiologisch vorgezeichneten Weg der Tuben wählen oder in den Lymphgefässen direct durch die musculöse Uteruswand bis an den Serosaüberzug vordringen. Hierüber kann nur die mikroskopische Betrachtung gut angelegter Schnittreihen Aufschluss geben. Ich habe in zwei Fällen, wo ich genau auf diese Verhältnisse hin untersuchen konnte, die Tuben in ihrem grösseren, inneren Theil völlig intact und frei von Keimen befunden. Der Infectionsprocess schnitt scharf am Ostium uterinum der Tube ab, Keime waren aus der stark inficirten Uterushöhle nicht in die Tube gedrungen. Das erweiterte Trichterende der Tube enthielt Eiter und Keime, welche aber offenbar von der Bauchhöhle erst secundär an diese Stelle gelangt waren. Der Nachweis, dass die Pilze in diesen Fällen durch die Lymphgefässe der Uteruswand das Bauchfell erreicht hatten, gelang mir allerdings auch nicht; ich konnte sie bis tief in die Muskellagen, aber nicht bis zum Serosaüberzug nachweisen.

Wenn es sich um eine solche Streptococcen-Peritonitis handelt, ist der anatomische Befund ein etwas verschiedener, je nachdem der Verlauf ein acuter oder mehr subacuter war. In denjenigen Fällen, wo der Tod rasch, schon nach wenigen Tagen eintritt, findet man im Peritonealsack eine dünne, flockige, hellgelbe Flüssigkeit, die frisch, d. h. direct post mortem durch die Aspiration gewonnen, immer geruchlos ist und mikroskopisch Fibrinflocken, Endothelien, Eiterzellen und die bekannten Glieder der Kettencoccen erkennen lässt. Das Peritoneum zeigt im Vergleich zur Schwere der Erkrankung auffallend wenig Veränderung. Der Darm ist wohl stark aufgetrieben, sein Serosaüberzug wie das übrige Bauchfell aber weiss und glänzend, nur da und dort mit sulzigen Fibrinschwarten bedeckt. Die Kettencoccen sind ausser im Peritonealexsudat auch noch im Genitaltractus, im Blut und in den meisten inneren Organen vorhanden.

In diesen acuten Fällenbesitzt das im Bauchfell vorhandene Exsudat eine ausserordentlich hohe Infectiosität. Wie ich mich überzeugen konnte, genügt eine Spur, ein Theil eines Tropfens, um im Peritoneum des Kaninchens eine allgemeine septische Entzündung mit blutig-serösem Exsudat und tödtlichem Ausgang schon nach 24 Stunden hervorzurufen. Dasselbe Fluidum, in geringer Menge in's Unterhautzellgewebe von Kaninchen gebracht, erregt eine septische Phlegmone, die sich bei meinen Impfungen rasch vom Rücken bis auf die Bauchhaut verbreitete und die Thiere ebenfalls nach kurzer Zeit tödtete.

Wenn bei der puerperalen Streptococcen-Peritonitis der Process langsamer verläuft und der Gewebsreaction mehr Zeit zur Entwickelung gelassen wird, dann ist das Exsudat durch reichlichere Beimischung von farblosen Blutzellen dicklicher und mehr eiterähnlich, der Serosaüberzug der Organe trüb, stark geröthet, stellenweise wie granulirend und mit dicken Fibrinschwarten bedeckt. Von diesem Eiter braucht man schon viel mehr, um die Thiere zu tödten. Oft genügen 3 oder 4 Tropfen noch

nicht, man muss eine halbe Pravaz'sche Spritze injiciren, um eine allgemeine septische Peritonitis zu erzeugen. Entsprechend geringer fällt auch die Reaction auf die subcutane Impfung mit dem Eiter aus. Es scheint, als ob die Virulenz der Keime, welche die Infectiosität des Eiters bedingen, um so mehr abnimmt, je länger die Keime dem Einflusse der lebenden Zellen und der Gewebsflüssigkeiten ausgesetzt sind.

Während die Impfresultate mit dem septischen Eiter in der Regel wohl ausgeprägt und constant sind, werden die Erfolge unsicher, wenn man mit den reingezüchteten Streptococcen selbst operirt. Obwohl die Quantität der einverleibten Mikroben bei diesen Impfungen eine unvergleichlich grössere ist, als wenn man den reinen Eiter benützt, so bleibt doch die Wirkung eine entschieden geringere. Es kann heute wohl kein Zweifel mehr darüber sein, dass diese schlechten Erfolge ihre Ursache in einem Virulenzverluste haben, welchen gerade die Wundstreptococcen sehr leicht bei unseren gebräuchlichen Culturverfahren erleiden. Widal hat kürzlich betont, dass diese Pilze eigentlich Anaerobien seien und will bei der Züchtung unter Wasserstoffgas sehr virulente Culturen erhalten haben. Jedenfalls wird man bei allen weiteren Untersuchungen über die Bacterien der Wundinfection fernerhin hierauf Rücksicht nehmen müssen. Die Thatsache, dass die Streptococcen bei der Cultur im Impfstich viel besser wachsen als bei der Strichimpfung, scheint mir sehr zu Gunsten der Widal'schen Angabe zu sprechen.

Ich wende mich nun zu einer zweiten Art der septischen Peritonitis, als deren Typus ich die Operationsperitonitis hinstellen möchte.

Ich bemerke dabei, dass nach Laparotomien natürlich auch die Streptococcen-Peritonitis auftreten kann, wenn diese Keime in virulentem Zustande mit den Händen oder Instrumenten oder aus der Luft des Operationsraumes in die Bauchhöhle gelangen. Ein solcher Fall ist neuerdings von Solowjeff[1]) veröffentlicht worden. Derartige Infectionen sind aber bei den Vorsichtsmaassregeln, unter welchen heute allerorts die Laparotomien ausgeführt zu werden pflegen, eine Seltenheit. In der Regel handelt es sich bei der septischen Bauchfellentzündung, wie sie im Anschluss an die Laparotomie entsteht, nicht um eine Streptococcen-Infection, sondern um etwas wesentlich Verschiedenes. Drei Untersuchungsreihen, welche ich in drei Fällen von ausgeprägter septischer Operations-Peritonitis anstellen konnte, haben mir Folgendes ergeben:

Das blutig tingirte, missfarbige und (auch sofort nach dem Tode) bereits überriechende Peritoneal-Exsudat enthält nicht etwa einen specifischen Mikroorganismus, sondern ein Gemisch von Pilzen. Man erkennt bei der mikroskopischen Betrachtung sowohl Stäbchen von verschiedener Länge und Dicke, als auch Coccen von verschiedener Grösse. Einmal waren auch Kettencoccen in kurzen Gliedern deutlich vertreten.

Impft man von dem Peritonealexsudat auf Gelatine, so wird der Nährboden verflüssigt und es wachsen unter gleichzeitiger Entwickelung eines fauligen Gestankes wieder verschiedene Bacterienformen. Durch das Plattenverfahren gelingt es, dieses Gemisch von Keimen zu trennen. Ich habe so verschiedene Stäbchenarten und mehrere Staphylococcen, darunter auch einmal den Staph. aur. rein gewinnen können. Die Kettencoccen, welche, wie erwähnt, auch einmal vorhanden waren, sind auf den Platten nicht angegangen, so dass ich über sie nichts Bestimmtes anzugeben weiss.

Spritzt man die in Wasser aufgeschwemmten Reinculturen in den Bauchfellsack von Kaninchen, so erfolgt keinerlei Reaction. Die Thiere bleiben wohl und in kurzer Zeit sind die Pilze wieder aus dem Peritoneum verschwunden. Auch künstliche Mischungen der reingezüchteten Bacterien wirken nicht anders, selbst das jauchige Peritonealsekret wird in kleinen Mengen vom Bauchfell der Thiere vertragen; erst wenn die injicirte Jauchemenge zu gross wird, gehen die Thiere zu Grunde. Das Peritoneum erscheint dann stark geröthet, zwischen den Eingeweiden findet sich etwas blutig gefärbte, schwach übelriechende Flüssigkeit. Es bestätigen also die Versuche, die direct mit dem Exsudate und den Bacterien menschlicher peritonealer Sepsis unternommen wurden, das, was Wegner, Grawitz, Pawlowsky und neuerdings Reichel bei ihren Thierversuchen mit zersetzten Substanzen, Darminhalt und Bacterienaufgüssen fanden.

Aus all' Dem ergiebt sich zunächst, dass die septische Peritonitis nach Operationen nicht in dem Sinne eine infectiöse Krankheit genannt werden kann, wie es die Streptococcen-Peritonitis ist. Diese kann durch eine minimale Menge der virulenten Keime erzeugt werden, sie ist im höchsten Grade ansteckend, ein Tröpfchen ihres Eiters in die gesunde Bauchhöhle verimpft, ruft daselbst wieder dieselbe Erkrankung hervor. Im Gegensatz dazu sind die Keime, welche bei der Operations-Peritonitis eine Rolle spielen, dem gesunden Peritoneum gegenüber unschädlich, selbst die jauchige Flüssigkeit, welche der septischen Peritonitis entstammt, wird in gewissen Mengen vertragen, ohne eine allgemeine Entzündung herbeizuführen. Die Bauchfellentzündung nach Operationen ist nicht ansteckend, sie wird am besten als putride Peritonitis bezeichnet.

Wie entsteht nun diese Form der Bauchfellentzündung? Ich glaube, man wird bezüglich ihrer Aetiologie durch die bacteriologische Untersuchung zu denselben Ansichten gebracht, wie sie auf Grund der klinischen Beobachtung bereits von Kaltenbach[2]), von Schröder[3]) angedeutet und neuerdings eingehend von Fritsch[4]) dargelegt worden sind: Bei jeder Laparotomie, selbst wenn sie unter den grössten Cautelen vorgenommen wird, gelangen Keime in's Peritoneum. Jeder, der versucht hat, bacteriologisch zu arbeiten, wird dies ohne Weiteres zugeben. Aseptisch Operiren ist noch lange nicht gleichbedeutend mit keimfrei Operiren. In der Regel werden die in den Bauchfellsack gelangten Keime vernichtet, bevor sie sich vermehren und Zersetzungen hervorrufen können. Steigert sich in Folge mangelhafter Antiseptik oder längerer Dauer der Operation die Zahl der Keime, wird die Serosa auf weite Strecken hin mechanisch oder chemisch insultirt und ihrer normalen Function beraubt, steht der freie Bauchraum mit grösseren unregelmässigen Wundhöhlen in Verbindung, in welchen Blut und ausgeschwitzte Wundflüssigkeit stagniren u. s. w., dann liegt die Gefahr nahe, dass die an sich unschädlichen Keime einen günstigen Nährboden zur Vermehrung finden und eine Zersetzung der Secrete im Bauchfellsack hervorrufen. Sind diese Vorgänge einmal eingeleitet, dann wendet sich die Sache rasch zum Schlimmen. Die Zahl der Pilze vermehrt sich in's Ungeheure und verwandelt den blutig-serösen Inhalt der Bauchhöhle in eine übelriechende Jauche, welche durch die Peristaltik des Darmes überallhin verschmiert wird. Bei der grossen Resorptionsfähigkeit des Bauchfelles wird die Menge der in's Blut aufgenommenen Fäulnissgifte bald eine so grosse, dass die Kranken der putriden Intoxication erliegen.

Die wesentlichen Differenzen, welche ätiologisch zwischen der Streptococcen Peritonitis und der putriden Peritonitis bestehen, finden ihren Ausdruck auch in manchen Zügen des anatomisch-klinischen Bildes der beiden Krankheiten. Dort ist Eiter, hier Jauche im Bauchfell. Dort finden wir ein acutes

[1]) C. f. Gyn. 1889. Nr. 37.

[2]) In der Hegar-Kaltenbach'schen operat. Gynäkologie. II. Aufl. 1881. pg. 285.

[3]) Ueber die allg. nicht infectiöse Peritonitis. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berl. Sitz. 14. Mai 1886.

[4]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 339.

Einsetzen der Erkrankung mit Schüttelfrost und hohen Temperaturen, hier ist ein mehr langsames Ansteigen der Temperatur, entsprechend der allmählich anwachsenden Zersetzung, die Regel.

Bei der geringen Zahl meiner Untersuchungen wage ich es nicht, zu entscheiden, ob mit den angeführten beiden Grundformen bereits die Reihe der septischen Bauchfellentzündungen erschöpft ist. Möglich, ja sogar sehr wahrscheinlich ist, dass Mischformen von putrider und Streptococcen-Peritonitis vorkommen. Darüber, sowie über die Frage, ob wir es bei der putriden Peritonitis immer mit denselben Keimen zu thun haben, oder ob diese nach Zeit, Ort und Zufall verschieden ausfallen, ob sie bei Lebzeiten schon in grösserer Menge in's Blut aufgenommen, welche Toxine von ihnen gebildet werden u. dgl. m., werden weitere Untersuchungen erst noch Aufschluss zu geben haben.

Der in Vorausgehendem festgehaltene ätiologische Standpunkt scheint überhaupt vorzüglich geeignet, um ein Eintheilungsprincip für die verschiedenen Arten der Peritonitis abzugeben. Man hätte danach folgende Formen zu unterscheiden:

I. Aseptische (nicht infectiöse, einfache, gutartige) Peritonitis.

Diese wird ohne active Betheiligung von Bacterien durch mechanische, chemische und thermische Reize hervorgerufen, die das Bauchfell treffen. Sie ist durch Neigung zu fibrinösen Ausschwitzungen und Verklebungen der Serosablätter charakterisirt, bleibt in der Regel localisirt, kann aber auch eine allgemeine werden, wenn der Reiz das ganze Bauchfell trifft. Vergl. Schröder, l. c.

Ob die aseptische Peritonitis auch eiterig werden kann, ist noch die Frage.

II. Septische Peritonitis.

a) Streptococcen-Peritonitis. Dieselbe ist meist durch puerperale Infection bedingt, kann aber auch durch Durchbruch septischer Eiterherde in's Peritoneum, durch Infection bei Operationen und Verwundungen entstehen.

Wahrscheinlich können auch die pyogenen Staphylococcen ähnliche Formen der eiterigen Peritonitis hervorrufen, wie der Streptococcus.

b) Putride Peritonitis. Dieselbe entsteht nach Laparotomien und Perforationen der Hohlorgane des Abdomens, in letzterem Falle aber nur, wenn die Communication zwischen Intestinum und Bauchhöhle und damit die Zufuhr von bacterienhaltigem Material, z. B. Darminhalt, dauernd anhält. Gelangt, wie z. B. oft aus dem Wurmfortsatz, nur wenig Koth in die Bauchhöhle, dann erfolgt dessen Abkapselung durch fibrinöse Schwarten.

III. Specifische Entzündung des Peritoneum.

Hieher gehört vor allem die tuberculöse Peritonitis.

Ob es eine gonorrhoische Entzündung des Peritoneum giebt, ist mir immer sehr zweifelhaft gewesen. Die Mikroben der Gonorrhoe vermögen nur auf Schleimhäuten pathogene Wirkungen zu entfalten, gehen aber in serösen Höhlen zu Grunde. Reiner gonorrhoischer Eiter, der sich aus geplatzten Tubensäcken in's Peritoneum ergiesst, wirkt in der Regel nur als aseptischer Fremdkörper. Er wird abgekapselt. Etwas anderes ist es, wenn der ursprünglich gonorrhoische Tubeneiter durch Mischinfection auch pyogene Keime enthält. In diesem Falle kann der Durchbruch des Eiters von einer septischen Peritonitis (II a) gefolgt sein.

Ueber psychische Erkrankungen bei chronischer Nephritis.

Von Dr. *Rudolf v. Hoesslin*, dirig. Arzt der Privatheilanstalt Neuwittelsbach bei München.

Der Zusammenhang zwischen Albuminurie und psychischer Erkrankung ist ein bereits vielfach erörterter und es liegen eine Reihe von Arbeiten vor, welche das Auftreten von Eiweiss im Gefolge chronischer Gehirnkrankheiten darthun. Umgekehrt sind auch wiederholt Fälle bekannt geworden, in welchen während eines chronischen Nierenleidens dauernde oder vorübergehende Geistesstörungen auftraten, welche in Causelnexus zu dem Nierenleiden stunden.

In letzter Zeit lieferte Köppen (Archiv für Psychiatrie Bd. XX, Heft 3: Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen) einige casuistische Beiträge für letzteres Vorkommen.

Er beobachtete mehrere Kranke, bei welchen es während einer chronischen Nephritis entweder zu acuten Delirien, zeitweiser Manie oder zeitweisem Stupor kam. Eine Zusammenstellung der früheren, nicht sehr reichhaltigen einschlägigen Casuistik finden wir bei Hagen (Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 38).

Bei einem Theil der dortselbst aufgeführten Krankengeschichten ist die Abhängigkeit der Psychose von der Nephritis nicht absolut sicher gestellt und wird dadurch das hier verwerthbare Material noch verringert.

Nicht hieher möchte ich alle diejenigen Fälle rechnen, in welchen im Verlauf einer Nierenkrankheit gleichzeitig mit der Entwickelung eines allgemein marantischen oder anämischen Zustandes die Psyche alterirt wird; es ist dies nichts auffälliges und hat wohl jedermann Gelegenheit gehabt, hier ebenso, wie bei chronischen Herzleiden schwere Gehirnsymptome, als motorische Unruhe, Angstzustände, Delirien, Hallucinationen zu beobachten, welche entweder durch Anaemie, mangelhafte Ernährung oder Oedem des Gehirns bedingt sind. Diese Störungen sind so häufig, dass sie hier nicht in Betracht kommen können. Nun scheint es aber in der That auch solche Fälle zu geben, in welchen sich bei einem an chronischer Nephritis leidenden Kranken, dessen Allgemeinbefinden noch nicht gestört ist, analog dem plötzlichen und unerwarteten Auftreten des urämischen Anfalls ein Anfall plötzlicher psychischer Alteration einstellt. Dieser psychische Anfall kann dann wieder ebenso, wie der urämische, einem scheinbaren Wohlbefinden Platz machen.

Für solche Fälle mag es dann berechtigt sein, anzunehmen (Hagen), dass in ähnlicher Weise, wie für den ausgebildeten motorischen Anfall der Epileptiker sogenannte psychische Aequivalente eintreten können, auch für den urämischen Anfall mit Convulsionen, Asthma oder Coma einmal vorübergehende Störungen der Psyche sich einstellen und dass die Ursache hiefür die gleiche ist, welche in anderen Fällen den gewöhnlichen urämischen Anfall producirt.

Diese Annahme ist aber nur dann erlaubt, wenn aus dem klinischen Verlauf oder noch besser aus der Autopsie erhellt, dass Complicationen mit destructiven oder entzündlichen Erkrankungen im Gehirn, welche in unmittelbarer Beziehung zur beobachteten Psychose stehen, auszuschliessen sind.

Einen Krankheitsfall, in welchem der Zusammenhang der Psychose mit einer chronischen Nephritis und das Auftreten einer psychischen Störung an Stelle eines urämischen Anfalls sehr wahrscheinlich erschien, hatte ich Gelegenheit zu beobachten und halte ich es für erlaubt, die Krankheitsgeschichte in Kürze zu skizziren, weil der Fall durch die Art der psychischen Störung und den weiteren Verlauf von den meisten übrigen bisher zur Veröffentlichung gelangten Beobachtungen von Psychosen bei chronischer Nephritis abweicht, weil sich ferner vielleicht hieraus ein Anhaltspunkt gewinnen lässt für die Beantwortung der Frage,

warum in einzelnen Fällen der urämische Anfall sich in Form einer Geistesstörung äussert.

Herr N., 46 Jahre alt, soll schon seit langer Zeit an einer Nierenkrankheit leiden und in Folge dessen in seiner Ernährung zurückgegangen sein. Vor 3 und 2 Jahren sollen leichte Schlaganfälle eine Schwäche der rechten Körperseite zurückgelassen haben, ohne die Berufstüchtigkeit des Kranken einzuschränken, so dass Patient bis in jüngste Zeit im Amte war. Einen Tag vor der Aufnahme in die Anstalt stellten sich nun plötzlich Grössenwahnideen ein; Patient glaubt in intimem Verkehr zu verschiedenen Fürstlichkeiten zu stehen. Hier angelangt, macht er die Mittheilung, der Prinz X. habe ihn in die Anstalt gewiesen, verschiedene Prinzen und Minister würden ihn besuchen, ihn spazierenfahren und mit ihm speisen. Vor einigen Tagen habe sich der König sehr eingehend mit ihm unterhalten. Gleichzeitig giebt er zu, die betreffenden Persönlichkeiten gar nicht zu kennen, bleibt aber doch auf obigen Behauptungen stehen. Dass er ein Haus kaufen werde, dass er allerdings kein Geld dazu habe, waren Aeusserungen des gleichen Augenblicks. Patient ist dabei sehr vergnügt, freut sich über die hohen Auszeichnungen. Dem Rath seiner Verwandten, in der Anstalt zu bleiben, folgt er bereitwilligst, obwohl er selbst über nichts zu klagen hat, als grosse Müdigkeit.

Die Untersuchung ergab: Grosse psychische Schwäche, häufige Widersprüche, schlechtes Gedächtniss. Die Grössenwahnideen tragen den Charakter des Schwachsinns. Kopfrechnen schlecht. Ernährung gut. Innere Organe nicht verändert. Gang schwankend. Grobe Kraft vermindert, besonders rechts. Pupillen gleich, Reaction auf Licht und Accommodation erhalten. Patellarreflex rechts abgeschwächt, links erloschen.

Keine Sensibilitätsstörungen. Keine Oedeme.

Der Urin ist schmutzig braunroth und enthält sehr viel Albumen, zahlreiche, grosse theils hyaline, theils granulirte mit Epithelien bedeckte Cylinder.

Bei diaphoretischer Behandlung und gleichzeitiger Milchdiät änderte sich das Krankheitsbild schon in 24 Stunden so wesentlich, dass die ursprünglich beabsichtigte Transferirung in die Irrenanstalt unterbleiben konnte. Die Grössenwahnideen hörten auf, Patient hatte ziemlich klare Erinnerung an das früher Gesagte und war selbst sehr überrascht, solche sonderbaren Dinge gedacht zu haben. Er war sich des Unsinnigen seiner früheren Ideen ganz bewusst; Rechnen jetzt ganz gut. Das Albumen im Urin hatte inzwischen wesentlich abgenommen. In den nächsten Tagen ab und zu Brechneigung, Eingenommensein des Kopfes und mitunter auch wieder etwas wirre Gedanken unter gleichzeitiger Zunahme des Albumens. In den letzten 14 Tagen des circa 4wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes war Patient ganz klar und bis auf den nun constant bleibenden Eiweissgehaltes des Urins waren alle Störungen geschwunden; er klagte nur über eingenommenen Kopf und bot einen psychisch normalen, vielleicht etwas indolenten Eindruck. Auch zu Hause sollen sich die psychischen Störungen nicht wiederholt haben. Circa $^3/_4$ Jahr später verlor Patient bei der Arbeit plötzlich das Bewusstsein, war gelähmt und starb nach 2 Tagen, wahrscheinlich in Folge einer Gehirnblutung.

Bei einem Kranken, welcher seit längerer Zeit an chronischer Nephritis litt, sehen wir also ohne Vorboten eine dem paralytischen Grössenwahn ähnliche Geistesstörung sich entwickeln und ebenso schnell wieder verschwinden. Nur noch Uebelkeit und Eingenommensein verriethen, dass das Gehirn noch nicht völlig frei war. Hier liegt es natürlich nahe, die Geistesstörung als einen Ausdruck ungenügender Ausscheidung der Stoffwechselproducte durch die Nieren aufzufassen und dieselbe gleichwerthig neben den gewöhnlichen urämischen Anfall zu stellen, da andere Ursachen für die Entwickelung der ganz vorübergehenden Psychose fehlten.

Wenn wir nun die Frage beantworten wollen, warum statt des gewöhnlichen urämischen Anfalls dieser psychische Anfall auftrat, so müssen wir doch daran denken, ob nicht die früheren Apoplexien des Kranken in einen bestimmten Zusammenhang hiemit zu bringen sind. In einem Gehirn, in welchem einzelne Gefässbezirke ausgeschaltet oder, wie dies nach vorausgegangenen Blutungen zu erwarten steht, durch Sklerose verändert sind, ist jedenfalls Circulation und Leitung eine veränderte; es ist daher sehr naheliegend, dass dementsprechend auch Schädlichkeiten, welche auf ein derart verändertes Gehirn wirken, andere Functionsstörungen hervorrufen, als wenn ein intactes Gehirn getroffen wird.

In der That finden wir auch bei den wenigen in der Literatur beschriebenen Fällen, bei welchen es im Verlauf einer chronischen Nephritis zu Geistesstörungen kam, wiederholt bei der Autopsie grössere oder kleinere Apoplexien, Narben im Gehirn oder Veränderungen der Hirnhäute, wie ja überhaupt bekannt ist, dass bei der chronischen Nephritis Gefässzerreissungen im Gehirn nicht selten beobachtet werden, theils in Folge des gesteigerten Blutdrucks, theils in Folge der Arteriosklerose.

Einen Theil der bei Nephritiden beobachteten Psychosen können wir also dadurch erklären, dass ein vorher schon pathologisches Gehirn auf die urämische Blutbeschaffenheit anders reagirt, als das gesunde, während es für diejenigen Fälle, in welchen durch die Autopsie keine makroskopischen Veränderungen des Gehirns nachgewiesen werden können, allerdings unentschieden bleiben muss, warum die Urämie sich in anderer Form, als der gewöhnlichen äussert.

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik zu München.

Ueber die Behandlung der Ruptura uteri mit completem Austritt des Kindes.

Von Dr. *Oskar Schaeffer*.

Der Güte des Hrn. Geheimrath Winckel verdanke ich die Beobachtung eines Falles von Ruptura uteri mit completem Austritt des Kindes und folgender Amputation des Uterus nach Porro, welcher in der Münchener Frauenklinik in diesem Jahre zur Operation kam.

Herr Geheimrath Winckel stellt bei drohender Ruptur als vor allem indicirt die schleunigste Entbindung auf, mit oder ohne Incision und Dilatation des genügend erweiterten Muttermundes. Bei beträchtlicher Beckenenge decapitirt oder embryotomirt man ohne Bedenken — denn bei erfolgtem completem Austritt ist das Kind doch verloren. — Ist das Becken weit genug, so ist in tiefer Narkose die Wendung zu machen, ev. bei vorliegendem Kopfe die Zange anzulegen. Ist das Becken ausserordentlich eng, die Gefahr auf dem Gipfelpunkt, so ist die Laparotomie am Platze.

Mit dem Forceps wurden nur 13,9 % gerettet, durch die Wendung 23 %, durch die rechtzeitige Laparotomie 68,4 %. Die Application der Zange ist demnach die ungünstigste Operation, besonders wenn sie unvollendet bleibt.

Ein solcher Fall von Uterus-Ruptur wurde am 15. II. 1889 Abends $8^1/_2$ Uhr mit Wagen aus einem Vororte der Münchener Klinik zugeführt. Walpurga M. war 25 Jahre alt, verheirathet und IV. para. In der Jugend war sie niemals krank gewesen. Von ihren 3 Kindern lebte Eines, ein Mädchen, von der ersten Geburt vor 4 Jahren. Die zwei folgenden Mädchen starben nach 2 und 7 Monaten; die Entbindungen waren schwer, wurden aber alle ohne Hinzuziehung eines Arztes beendet. Die Wochenbetten verliefen ungestört.

Dieses Mal ist die Part. seit letzten Pfingsten nicht mehr menstruirt; in der Mitte des September spürte sie die ersten Kindsbewegungen. Die Wehen setzten am 14. II. Abends $6^1/_2$ ein. Morgens 7 Uhr des folgenden Tages erfolgte der Blasensprung. Das Kind lag in erster Gesichtslage. Da die Geburt keine Fortschritte machte, wurde ein Arzt gerufen. Derselbe machte vergebliche Versuche mit der Zange. Nachmittags er-

folgte eine Zerreissung der Gebärmutter. Die Part. wurde sofort nach der per Wagen etwa 1/2 Stunde entfernten Klinik transportirt. Der hinzugerufene Prof. Stumpf diagnosticirte schon per visum, dass ein Kindestheil sich unmittelbar unter den Bauchdecken befand. Er sah und fühlte deutlich, wie gerade der übrige Theil des kindlichen Körpers in die Bauchhöhle übertrat, bzw. wie die Wand der Gebärmutter und das Peritoneum sich an der Rissstelle über den Leib der Frucht zurückzogen. Hr. Geheimrath Winckel präparirte unverzüglich die Laparotomie in dem für die Operation bestimmten Saale; sie wurde 1/2 Stunde nach der Ankunft begonnen, etwa 3 Stunden nach der Ruptur.

Der Leib zeigte sich ungleichmässig gewölbt. Kindliche Herztöne oder Bewegungen wurden nicht mehr wahrgenommen. Bei der inneren Untersuchung wurde eine Verengerung des Beckens nicht bemerkt.

In der Gebärmutter fand sich ein vorderer Längs- und ein Querriss mit ausgedehnter Loslösung des Peritoneums; ferner ein Hämatom sub- und retroperitonäal. Die Frucht lag ganz ausserhalb des Uterus und in der Peritonealhöhle. Der durch Katheter entleerte Urin war etwas bluthaltig.

Nach Durchtrennung der Bauchdecken präsentirte sich, fast gerade nach vorn liegend, der Rücken des Kindes; der Kopf stand auf dem Beckeneingang. Nach Entfernung des Kindes wurde die Placenta, indem die Nabelschnur als Wegweiser diente, herausgezogen. Nun zeigte sich ausser beträchtlichem extraperitonealem Bluterguss (bis in die Gegend der Nieren) ein ca. 5—7 cm langer Längsriss an der vorderen Uteruswand, etwas nach links gerückt.

Ein ebenso langer Querriss fand sich im Peritoneum. Dieser Letztere wurde zunächst vernäht, und zwar mit sero-seröser Naht, Peritoneum an Peritoneum, nachdem um den Uterus zur Stillung der Blutung ein dickes elastisches Drain-Rohr und darunter ein zweites dünneres gelegt worden war. Jetzt zeigte sich, dass die Unterminirung des Perit. uteri eine zu ausgedehnte war, als dass eine Naht des Längsrisses angezeigt gewesen wäre. Desshalb wurde der Uterus in toto mit den Ovarien über den elastischen Ligaturen abgetragen und der Stumpf vernäht, zuerst die Decidua allein, — ausserdem wurde auch ein kleiner Riss im Peritoneum vernäht — sämmtliche Nähte mit Catgut. Zur Blutstillung waren nur zwei Seiden-Ligaturen R. und L. nöthig. Die dickere elastische Ligat. wurde entfernt, die dünnere mit dem Stumpf versenkt. — Die Bauchwunde wurde mit fil de florence geschlossen. Zum Schluss: Verband — Catheter — Vaginalausspülung — Jodoform-Tampon in die Scheide gelegt. Beginn der Operation 9 1/4, Schluss 10 3/4 Uhr. Während der Narkose kein Erbrechen.

Das entwickelte Kind war ein todtes Mädchen: Länge 49 cm, Schwere 3750 gr.

Die einzelnen Erscheinungen im Puerperium ergeben sich aus der Krankheitsgeschichte, wie folgt: 1) bei einer Durchschnittstemperatur von 37,2—38,2, wie sie sich für Wöchnerinnen bei fieberlosem Verlauf ergiebt, verliefen die ersten 3 Tage normal, theilweise, mit 36,3, etwas niedriger; — 2) dagegen zeigte der Puls eine Frequenz, die auch durch den Blutverlust nicht zu erklären war. In diesen 3 Tagen zwischen 100 und 110; — 3) am 4. Tag ging der Puls auf 112 und stieg jetzt gleichmässig bis 160, wo der Exitus eintrat. Die Temperatur verhielt sich diesem Steigen nicht ganz adaequat. Der 4. Tag brachte allerdings zwischen 37,5 — 38,7, dann kam erst der 6. Tag wieder auf 38,0 hinauf; — 4) der 7. (Todes)-Tag zeigte von vornherein einen frequenten kleinen Puls, während die Temperaturen noch 37,8 — 37,2 — 37,5 waren. Ganz plötzlich Nachm. stieg sie auf 39,5 — 39,3 — 39,6 und es erfolgte mit heftigem Erbrechen und plötzlichem Collaps der Tod.

Aus diesem Verhalten liess sich schon schliessen, dass ganz geringe Mengen septischen Giftes allmählich in den Körper übertraten. Dessen Wirkung accumulirte sich zwar, aber es blieb doch die Hoffnung, dass der Organismus dasselbe eliminiren würde. Zur kritischen Zeit des 7. Tages muss die Lockerung der Peritonealnähte stattgehabt und die heftige septische Intoxikation herbeigeführt haben, dem das giftgeschwächte Herz nicht mehr widerstand.

Die Quelle dieser Intoxikation zeigte uns die Autopsie. Schon bei der Operation war eine starke subperitoneale Blutung in der r. Seite bis in die Coecalgegend gefunden worden, subperitoneal zwar, aber das Peritoneum war zerrissen und die Naht gab an mehreren Stellen nach. Hier hat offenbar die Ansiedlung septischer Keime durch den Austritt des Kindes stattgefunden; die Zangenversuche und die Fahrt müssen dem Austritte von Mikroorganismen und der Zersetzung günstigen Stoffen aus der Gebärmutter in die Peritonealhöhle noch förderlich gewesen sein.

Während der Operation und nachher war durch die antiseptischen Cautelen und den Jodoform-Verschluss der ausgespülten Vagina eine Infection von aussen nicht möglich. Die sorgfältigste Toilette kann nur die gröbsten Mengen der Flüssigkeit aus der Bauchhöhle entfernen. Der Rest auf der r. Darmbeinschaufel verjauchte und drang schubweise von da durch die gelockerte Naht des Peritoneums in die Höhle, stieg zwischen Peritoneum und Colon ascendens in die Höhe bis zur Niere und ergriff andererseits unter dem Peritoneum alle Gewebe, von der Symphyse beginnend. Man konnte die Infections-Strasse von diesem r. seitigen Jaucheherd sogar bis zu dem r. ganz eingerissenen Muttermund zurück verfolgen. Eine Drainage hier anzulegen, hätte wenig gefruchtet; denn Flüssigkeit fand sich bei der Autopsie überhaupt nur wenig in der Bauchhöhle; hier war schon das Gewebe selber mit Infections-Keimen durchsetzt. In solchen Fällen handelt es sich darum, ob der Reservefond an Heilkraft, den der betreffende Organismus besitzt, in dem Ringen mit dem Gifte seiner winzigen Feinde ausreicht, die hier, schon aller Kunst unzugänglich, in seinem Innern hausen.

Empfohlen wurde die Gastrotomie in unserem ganzen Jahrhundert. Eine vergleichende Zusammenstellung von 100 Laparotomien, welche seit 1800 nach erfolgter Uterus-Ruptur mit completem Austritt des Kindes vollzogen wurden (tabellarisch in meiner Inaug.-Dissertation über das gleiche Thema, München 1889, enthalten), ergiebt folgende Resultate:

Vor 1875: 48 Fälle mit 31 Heilungen = 65,1 %,
während unter den Lister'schen Cautelen
von 52 Fällen nur 19 Heilungen = 36,1 %
zu zählen sind.

Das Gesammt-Resultat ergiebt:
100 Fälle mit 50 Heilungen = 50 %,
also dasselbe Resultat, wie Harris es in Nordamerika für 1827—81 berechnet hat.

Der Localisation der Ruptur nach fanden sich Risse

1) im Fundus	5	mit	3	Heilungen =	60 % genesen
2) vorn	34	„	17	„ =	50 % „
3) hinten	8	„	4	„ =	34 % „

(Viele Zerreissungen dieser Art sind in letzter Zeit mit Drainage behandelt worden, so dass nur die verzweifelten zur Laparotomie gelangten.)

4) an der Seite	11	mit	3	Heilungen =	27,3 % genesen
5) circulär	2	„	1	„	?
6) Cervix	18	„	9	„ =	50 % „

Das relativ günstige Resultat der sonst so fatalen vorderen Zerreissungen ergiebt sich aus den naturgemäss hierher fallenden Zerreissungen von Kaiserschnittnarben (14 mit 10 Heilungen), wobei meist die ganze Frucht mit heilen Eihäuten in die Bauchhöhle gelangt: unversehrte Eihäute fanden sich in der Bauchhöhle 14 Mal mit 11 Heilungen = 78,1 %.

Noch zu erwähnen sind diejenigen Risse, welche in den Fornix Vaginae übergehen. Nach Hrn. Geheimrath Winckel endeten die in der Literatur beschriebenen Fälle alle letal. Neuerdings hat Fehling (1885) in einem Falle mit Glück die Porro-Amputation gemacht. Es handelte sich um eine Quer-Ruptur des Fornix, die von der Vagina auf die Cervix überging. Die Frucht trat extraperitoneal aus.

Der Austritt von macerirten Früchten verschlechtert die Prognose der Laparotomie erheblich; unter 8 Fällen kamen nur 3 mit dem Leben davon = 37,5 %.

Die gute Contraction des Uterus sofort nach der Ruptur ist natürlich von höchstem Vortheil. Unter 15 Fällen fand 11 mal Heilung statt, also 72,6 %. Die Wahrscheinlichkeit des Todes durch Verblutung wird dadurch sehr gemindert; die grossen Gefässe werden durch die Contraction an der Rissstelle geschlossen. Der Luft wird ebenfalls der Eintritt in die Gefässe verwehrt, so dass keine Luftembolien und Emphyseme der Bauchwandung mit ihren unberechenbaren tückischen Folgen zu stande kommen.

In 33 Fällen war der Austritt einer grösseren Menge Blut oder Fruchtwasser in die Bauchhöhle besonders vermerkt; 79,2 % gelangten hievon zur Heilung. San.-Rath Winckel machte darauf aufmerksam, dass der Erfolg durch Abfluss reinen Fruchtwassers keineswegs gefährdet ist.

Umgekehrt wirken alle Manipulationen, welche ante s. post rupturam einen auf den Uterus, die Frucht und beider Annexa aggressiven Charakter tragen, wie Anlegung des Forceps, Wendungs- und Extractions-Versuche, bes. wenn die Frucht schon zum Theil oder ganz der Uterus-Höhle entschlüpft ist, entschieden verschlechternd auf die Prognose der Laparotomie.

(Schluss folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium des med. klin. Instituts zu München. Von Dr. Hermann Rieder, Assistent des Instituts.

11) Commotio cerebri mit Rinden-Atrophie und leichter chronischer Meningitis.

Johann M., Kutscher, 68 Jahre alt, fiel Ende Juli 1888 auf das Steinpflaster von einem Wagen herab, verletzte sich ziemlich erheblich am Schädel und war mehrere Stunden bewusstlos. Er soll hierauf Tage lang schwerbesinnlich gewesen sein, schlaff und apathisch dagelegen sein. Die Kopfwunde heilte nach 14 Tagen, doch musste Patient noch längere Zeit, angeblich 2 Monate lang, zu Bett bleiben, da er in seiner Gehfähigkeit bedeutend beschränkt war, auch viel an Rücken- und Kopf-Schmerz, Schwindel und Abgeschlagenheit zu leiden hatte. Gehfähigkeit und Kopfschmerz besserten sich zwar, doch trat bald hochgradige Gedächtnissschwäche auf, die bis heute andauerte, ja in letzter Zeit noch zugenommen haben soll.

Zur Zeit klagt Patient über Unbehilflichkeit und Schwäche der Extremitäten, besonders des linken Beines, Schwindel und Eingenommensein des Kopfes. Ausser der rapiden Abnahme der Erinnerungs- und Denkfähigkeit hat Patient auch eine Abnahme des Orientirungs-Sinnes bemerkt, so dass Patient, der mit den örtlichen Verhältnissen der Stadt München früher sehr gut vertraut war, sich auf der Strasse vergeht, sein Haus nicht findet, sondern stundenlang umherirrt. Blasen- und Mastdarm-Störungen wurden nicht beobachtet, der Schlaf ist mitunter gestört, aber nicht erheblich, Appetit und Verdauung angeblich gut. Excesse in Baccho oder Venere werden seitens des Patienten auf's entschiedenste in Abrede gestellt.

Die Untersuchung des geistigen Zustandes des Patienten ergiebt eine bedeutende Abnahme der Intelligenz, besonders des Gedächtnisses. Selbst ganz leichte Rechenexempel werden von dem Patienten nur schwierig oder falsch gelöst. Genauere Daten, Zeit des Unfalles, der Verheirathung, der Geburt können nicht angegeben werden. Die Gemüthsstimmung ist eher eine heitere als eine traurige zu nennen.

Ueber dem rechten Stirnbeinhöcker eine nicht fest mit dem Schädeldache verwachsene ca. 5 cm lange Narbe.

Pupillen mittelweit, die rechte weiter als die linke; beide reactionsfähig sowohl gegen Lichtreiz als gegen accommodative Reize.

Auf den Lungen ausser tiefstehenden wenig verschieblichen Grenzen nichts Abnormes, Herz etwas von Lunge überlagert; starke epigastrische Pulsation. Töne rein und rythmisch. Die Abdominal-Organe zeigen normale Verhältnisse.

Wirbelsäule gerade, der mittlere Theil der Brustwirbelsäule diffus druckempfindlich. Keine Prominenz der Process. spinosi. Beim Gehen mit geschlossenen Augen ist keine Ataxie nachweisbar. Starker Tremor der Ober- und Unter-Extremitäten, der linke Patellarsehnen-Reflex ist verstärkt, von leichten convulsivischen Stössen begleitet, der rechte abgeschwächt. Schon beim blossen Kneifen des Vastus internus, desgleichen beim Streichen der Innenseite des Oberschenkels starker Cremaster-Reflex. Bauchreflex schwach vorhanden, ebenso Achillessehnen-Reflex. Fussklonus, nicht auslösbar. Der Gang ist bei offenen und geschlossenen Augen sicher und fast normal zu nennen. Grobe Kraft der Muskeln an beiden Händen, besonders der rechten, stark herabgesetzt.

Es besteht starke Hyperästhesie und Hyperalgesie an den Unter-Extremitäten. Schmerzleitung gut, Localisation prompt, spitz und stumpf wird gut unterschieden. Reflexbewegung auf geringe Nadelstiche sehr heftig, die betreffende Extremität geräth hiebei in starke Zuckungen. Die Prüfung mit dem Tasterzirkel ergiebt unsicheres Resultat, da auch auf einfache Berührung häufig 3 Spitzen angegeben werden. Kalt und Warm wird schlecht unterschieden. Sprache annähernd normal.

Urin bernsteingelb, ohne Eiweiss und Zucker.

Bei Berücksichtigung des Krankheits-Verlaufes und der einzelnen Krankheits-Symptome gelangt man zu dem Ergebnisse, dass der im Juli vorigen Jahres stattgehabte Unfall 1) eine ziemlich erhebliche Verletzung der Weichtheile des Schädels veranlasst hat, die indess keinen bleibenden Nachtheil brachte, 2) eine Gehirnerschütterung verursacht hat, aber nicht eine blosse Commotio cerebri ohne anatomische Veränderungen, sondern einen sogenannten Gehirnshok mit Läsion des Gehirns.

Als Beweis für stattgehabte Gehirnerschütterung sind anzuführen die langdauernde Bewusstlosigkeit, der Uebergang dieser Besinnungslosigkeit in einen soporösen Zustand sowie die Lähmung der Extremitäten, die sich an die genannten Erscheinungen anschloss, endlich die Amnesie.

An derartige Gehirnerschütterungen schliessen sich erfahrungsgemäss gerne Entzündung der Hirnhäute und Psychosen an und als Symptome dieser Erkrankungen sind gerade hier die Hyperästhesie und die Demenzerscheinungen (Gedächtnissschwäche, Mangel des Orientirungssinnes) gegeben.

Es soll nun nicht geläugnet werden, dass schon vor dem Unfalle Gehirnveränderungen, speciell Atrophie der Hirnrinde, wie sie bei beginnender seniler Demenz vorkommen, bestanden haben könnten; für diesen Fall würde das Trauma lediglich das raschere Fortschreiten der senilen Veränderungen und die Entwickelung der senilen Demenz begünstigt haben.

Was die Prognose anlangt, so besteht so gut wie gar keine Aussicht auf Heilung; wahrscheinlich werden die chronisch entzündlichen Vorgänge an den Hirnhäuten sowie die senile Schwäche ihren langsamen Fortgang nehmen.

Patient ist demnach in Folge seines im Juli 1888 erlittenen Unfalles vollkommen und dauernd erwerbsunfähig.

Feuilleton.

Die medicinische und hygienische Abtheilung auf der Pariser Weltausstellung.

Von Dr. *Franz Spaet*, prakt. Arzt in Ansbach.

I.

Der universelle Verkehr zur Zeit der Weltausstellung in Paris bot für die Deutschen eine ganz willkommene Gelegenheit einmal unbehelligt diese Weltstadt mit ihren Sehenswürdigkeiten zu schauen, wesshalb denn auch ich mich entschloss dorthin zu gehen, um vor Allem kennen zu lernen, was denn unsere westlichen Nachbarn etwa Neues und Lehrreiches auf medicinischem und hygienischem Gebiete uns zu zeigen vermöchten.

Das Resultat dieses Studiums will ich nun ganz kurz in allgemeinen Zügen jenen Collegen schildern, welche nicht Lust oder Gelegenheit hatten, das dort Gebotene selbst anzusehen, setze dabei aber als ganz selbstverständlich voraus, dass der Zweck der nachfolgenden Zeilen eine eingehende Schilderung

der einzelnen ausgestellten Gegenstände im vorneherein ausschliesst.

Die ganze Ausstellung, welche sich in immenser Ausdehnung über Marsfeld, Invalidenesplanade und Trocaderoplatz erstreckt, ist in einzelne Gruppen, diese wieder in verschiedene Classen abgetheilt. Die medicinisch-chirurgische Ausstellung bildet Classe 14 in Gruppe II und befindet sich im »Palais des arts libéraux« auf der Westseite des Marsfeldes untergebracht.

Die Hygiene-Ausstellung ist in Gruppe VI, Classe 61 eingereiht und hat ihren Platz auf der Invalidenesplanade neben dem grossen Ausstellungsgebäude des Kriegsministeriums erhalten.

Die medicinisch-chirurgische Abtheilung stellt im Ganzen eine reiche Zusammenstellung der Erzeugnisse zahlreicher Fabriken medicinischer Instrumente dar, welche nahezu drei grosse Säle füllen: es finden sich dort die einfachsten Apparate und Gebrauchsgegenstände, von der Milchflasche — in Form des Eiffelthurmes hergestellt — bis zu den complicirtesten Instrumenten der chirurgischen und geburtshilflichen Technik, deren Aufzählung oder nähere Beschreibung nur von Interesse für den Specialisten der jeweiligen Sparte sein könnte. Zahlreich sind auch die verschiedenen Verbandstoffe zur aseptischen Wundheilung, darunter von einem französischen Arzte sterilisirte Papierspähne, der Holzwolle ähnlich, ausgestellt.

Sehr reichhaltig ist auch die Ausstellung von Krankensesseln, in den verschiedensten Theilen einzeln drehbar und stellbar, dessgleichen Fahrstühle der elegantesten Ausstattung, ebenso die Ausstellung künstlicher Gliedmassen vom einfachen Stelzfusse bis zur künstlichen Hand mit den complicirtesten Bewegungsvorrichtungen der einzelnen Gelenke. Weniger zahlreich sind die ausgestellten Apparate für orthopädische und gymnastische Heilmethode; was in dieser Beziehung dort zu finden ist, bleibt sowohl an Zahl als an Feinheit in der Ausführung der Mechanik weit zurück hinter dem Heilapparate wie er in dem gymnastischen Saale des städtischen Badehauses zu Baden-Baden zur Anwendung gelangt.

Reichhaltiger sind wieder vertreten Zahnheil-, Augen- und Ohrenheilkunde: interessant sind die verschiedenen Präparate — meist aus Gyps modellirt — von Gaumendefecten, daneben die von Gesichts- und Nasendefecten mit den entsprechenden Deckmitteln aus Metall oder fein gearbeitetem Kautschuk. In der Augenheilkunde zeichnet sich neben einem grossen Instrumentarium die Ausstellung ganz besonders durch die reiche Sammlung prächtigst gearbeiteter künstlicher Augen der verschiedensten Form und Grösse aus, in der Ohrenheilkunde aber durch die geradezu erfinderische Ausnützung gewöhnlicher Gebrauchsgegenstände als Mittel zur Verbesserung des Gehörs, so finden wir z. B. une canne acustique (einen Spazierstock, dessen Griff als Höhrrohr dient) oder un éventail acustique (ein Fächer, der am unteren Ende eine Schallmuschel trägt), sogar eine »coiffure acustique« ist ausgestellt (eine Perücke, deren Locken über die Ohrmuscheln herabhängend, zum Auffangen der Schallwellen und dadurch zur Verbesserung des Gehörs dienen sollen). Sehr reich hat in dieser Beziehung eine Pariser Firma ausgestellt: Sprach- und Hörrohre, von der kleinsten Form der »instruments imperceptibles«, welche in den Gehörgang versenkt werden können, bis zum guéridon acustique pour surdité complète, le plus puissant des instruments existents (Meuble riche 350 Fr.) — eine Art Spieltischchen, dessen Platte zum Auffangen der Schallwellen dient, welche unter derselben durch ein Gummirohr zum Ohre des Tauben geleitet werden —. Für die erzielten Erfolge führt die Fabrik eine Menge Zeugnisse auf; von welchem Werthe diese sind, zu prüfen, liegt ja ausserhalb der Aufgabe des vorübergehenden Besuchers.

Unter den laryngoscopischer Instrumenten fallen die verschiedenen Formen in Krümmung und Abrundung auf, welche den Tracheotomiecanülen gegeben sind.

Sehr instructiv sind die Wachspräparate der verschiedensten Hautkrankheiten, von einem französischen Arzte ausgestellt, sowohl durch die seltene Feinheit und Naturtreue der Ausführung als auch dadurch, weil sie Gelegenheit bieten auf ganz engem Raum zusammengestellt die verschiedensten Formen der Exantheme in ihren Differentialmerkmalen nebeneinander zu studiren, — umsomehr als einzelne sehr seltene Arten von Hautkrankheiten sich dargestellt finden; — das Gleiche gilt auch von den ausgestellten photographischen Abbildungen syphilitischer Haut- und Knochenerkrankungen.

Ausserdem befinden sich in einem Saale verschiedene anatomische Wachspräparate, welche zum Theil einen grossen Anziehungspunkt für die Neugierde des Publikums bilden, der denn auch in etwas weitgehender Weise Rechnung getragen ist, so ist z. B. öffentlich ausgestellt der Durchschnitt durch einen im letzten Monate graviden Uterus; ferner die nackte Wachsfigur eines in hysterischem Anfalle liegenden Mädchens in Lebensgrösse, bei welch' letzterer allerdings die schöne Ausführung, namentlich aber die äusserst naturgetreue Wiedergabe des eigenthümlich lächelnden Ausdruckes der Augen anerkannt werden muss.

Was nun diese Ausstellung im Allgemeinen anlangt, so muss vor Allem hervorgehoben werden, dass sich die meisten Gegenstände, namentlich die chirurgischen Instrumente durch Feinheit der Arbeit, sehr oft sogar durch luxuriösen Prunk der Ausstattung auszeichnen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Festschrift zur Eröffnung des neuen allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf. Herausgegeben von den Aerzten des allgemeinen Krankenhauses. Redigirt von C. Eisenlohr. Hamburg. Mauke Söhne. 1889.

Zur Eröffnung des grossartigen neuen Krankenhauses Hamburg Eppendorf wurde von den Aerzten der Anstalt eine stattliche Festschrift herausgegeben, die wichtige Beiträge zu verschiedenen Sparten der Heilkunde enthält. Zunächst giebt Prof. Kast Untersuchungen über die quantitave Bemessung der antiseptischen Leistung des Magensaftes. Da die Fäulnissbacterien andern gegenüber den Vorzug haben, dass sie bestimmte chemische Producte ihrer Lebensthätigkeit — aromatische Fäulnissproducte im Harn liefern, so hat Kast zuerst durch eine Reihe von Tagen bei möglichst gleichmässiger Kost das Verhältniss der Aetherschwefelsäure im Harne zur Sulfatschwefelsäure festgestellt und dann durch zahlreiche Zufuhr von Alkalien bis zur neutralen beziehungsweise alkalischen Reaction des Harns die Salzsäure des Magensaftes neutralisirt und den Einfluss auf die Ausscheidung der relativen und absoluten Menge der Aetherschwefelsäure festgestellt. Kast giebt genaue Tabellen seiner Versuche, die erkennen lassen, dass auf jede länger dauernde Ausschaltung der freien Säure des Magensaftes eine Steigerung der Darmfäulniss folgte.

Bei dem grossen und allgemeinen Interesse, das die in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht noch so viele Schwierigkeiten darbietende Nierenchirurgie verdientermaassen findet, wird es vielen willkommen sein, in Schede's Erfahrungen über Nierenexstirpation eine bedeutsame, auf zahlreiche wichtige Beobachtungen sich stützende Arbeit dieses Themas zu finden. Schede bespricht zunächst die Geschichte der Nierenexstirpation, die immer noch mässigen Resultate (nach Gross 44,0 Proc. Mortalität) und geht dann auf die verschiedenen Indicationen, auf die Diagnostik der bösartigen Nierengeschwülste, Hydronephrose etc. näher ein. Von den Versuchen des Catheterismus der Uretheren hält Schede das Pawlik'sche Verfahren für das schonendste und beste und verspricht sich mehr als von Tuchmann's und Fenwick's Methoden, den Urin einer Niere gesondert zu erhalten, von dem Vorschlage Jversen's, durch hohen Steinschnitt sich die Uretherenmündung für Catheterismus zugänglich zu machen. In zweifelhaften Fällen ist u. A. selbst eine Probeincision bis auf's Peritoneum nach Bardenheuer's Grundsätzen eine völlig sichere Diagnose ermöglichendes Verfahren, wofür Schede ein interessantes Beispiel anführt, in dem statt des erwarteten Nierensteines ein grosser Hydrops cystis felleae etc. sich vorfand. Schede übt einen etwas mehr quer verlaufenden Lumbalschnitt i. d. R. 2—3 cm unterhalb der letzten Rippe parallel derselben vom Rand des Sacrolumbalis nach vorne. Bezüglich der Geschwülste berichtet Schede den Fall einer 50 jährigen Frau mit nicht verschieblichen kindskopfgrossen

Tumor, in dem er noch die abdominelle Exstirpation ausführte, die er heutzutage verwirft, dann den Fall einer 39jährigen Frau mit rasch gewachsenem, zu heftigen Haematurien Anlass gebenden Sarcom, bei der noch nach 2 Jahren der dauernde Erfolg constatirt wurde, dann den Fall eines Echinococcus (mannskopfgrosse harte Geschwulst bei einer 58jährigen Frau) und den interessanten Fall einer erfolgreichen Nephrectomie wegen kindskopfgrosser bösartiger Geschwulst bei einem 11monatlichen Kind.

Hydronephrose giebt die Indication zur Nephrectomie nicht, so lange die Resultate nicht besser; die Diagnostik ist hier durch die neueren gynäkologischen Untersuchungsmethoden wesentlich vervollkommnet und die früher häufigen Verwechslungen mit Ovarialcysten werden sich mehr und mehr vermeiden lassen. Besonders die Lage der Därme ist zu beachten, Hydronephrosen haben stets das Colon ascendens oder descendens vor sich, Ovarialtumoren nie, die Beziehungen des Tumors zum Uterus sind per rectum eventuell in Narcose zu eruiren, zur Aufblähung des Dickdarms mit Luft bedient man sich am besten eines Spraygebläses und eines kurzen Ansatzes.

Schede theilt 6 interessante Fälle mit, die zum Theil alte Hydronephrosenfisteln betrafen und die Schede zu dem Standpunkt führen, dass man Hydronephrosen oder hydronephrotische Fisteln mit radicaler Exstirpation mittelst lumbalen Schrägschnitts behandeln kann und soll, wenn mildere Methoden zu keinem Ziel führen, das Allgemeinbefinden keine Contraindication abgiebt und die andere Niere zweifellos gesund ist. Dafür, dass auch die blosse Incision oder Punction mit dickem Troikar mit nachfolgender Ausspülung in Fällen zum Ziele führen kann, wo kein secernirendes Parenchym mehr vorhanden, liegen ebenfalls Beispiele vor. Betreffs der (in Hamburg seltenen) Steinniere bereichert Schede die Casuistik nur mit einem Fall, bei dem es zur Exstirpation zu spät war und Patient der Blutung erlag, die ein kleiner kirschkerngrosser Stein durch Arrosion eines Venenastes hart an der Einmündung der Nierenvene veranlasste.

Wegen Pyonephrose führte Schede 7mal die Nephrectomie aus, 1mal Nephrotomie, 3 Fälle betrafen Tuberculose und hält Schede die Indication, wie sie durch einseitige tuberculöse Nierenerkrankung gegeben, aufrecht angesichts der Thatsache, dass bei längerem Bestehen einseitige Pyonephrose leicht zu Erkrankung der anderen Niere führt. Bezüglich des Näheren muss natürlich auf die eingehende Arbeit und die interessante in derselben enthaltene Casuistik verwiesen werden.

Des weiteren giebt Haase in seinen »Beiträgen zur Operation des grauen Staars« eine Kritik der bisherigen hauptsächlich geübten Staarextractionsmethoden, aus der sich Haase's eigener Standpunkt (kleiner eben das Skleralgewebe berührender Lappenschnitt mit Conjunctivallappen und obligatorischer Iridectomie) ergiebt — eine Methode, die leichte Entbindung der Linse gestattet und die er unter Cocainnarcose und mit antiseptischen Maassnahmen ausführt und bei der H. 66,3 Proc. gute Resultate, 24,4 Proc. halbe Erfolge, 5,1 Proc. Verluste, 0,5 Proc. Todesfälle hatte.

Lauenstein giebt im Anschluss an einen Fall, der durch innere Einklemmung lethal verlief, einen wichtigen Beitrag zur Entstehung und Verhütung innerer Einklemmung nach der Radicaloperation grosser Nabelbrüche und einen kurzen Bericht über 25 Fälle subcutaner Radiusfracturen.

Fränkel giebt Beiträge zur Pathologie des Gefässsystems, F. Wolff solche über Meningitis cerebrospinalis, Eisenlohr eine mit guten Illustrationen versehene Arbeit zur Pathologie der syphilitischen Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarkes, Nonne einen ebensolchen über »einige anatomische Befunde bei Mangel des Patellarreflexes«, während schliesslich A. Saenger über die Fibringerinnsel und Curschmann'schen Spiralen im Sputum der Pneumoniker und über einen Fall von corticaler Hemianopsie mit Sectionsbefund aus Kast's Abtheilung berichtet.

Die kurzen Angaben mögen genügen, um auf die Reichhaltigkeit der, der Veranlassung entsprechend, sehr hübsch ausgestatteten Festschrift hinzuweisen. Schreiber-Angsburg.

C. Liebermeister: Gesammelte Abhandlungen. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1889. 454 S.

Alt, jedoch nicht »Veraltet«, wie der Verfasser mit vollem Recht sagt, sind die Abhandlungen, welche zum Theil schon vor nahezu 30 Jahren entstanden, an den verschiedensten Orten veröffentlicht, nun in einem ansehnlichen Bande vereinigt und am Schlusse desselben mit nachträglichen Zusätzen versehen, vor uns liegen.

Die Sammlung beginnt mit der Antrittsrede »über die Ursachen der Volkskrankheiten« (1865), welche uns in dem jungen Basler Kliniker Liebermeister bereits einen entschiedenen Verfechter der Lehre von den belebten Ursachen der Infectionskrankheiten erkennen lässt. Zwei weitere Arbeiten 1866, 1870) zeigen uns, wie der Verfaser im Trinkwasser eine der Ansteckungsquellen für den Darmtyphus sah und wohl noch sieht. Ueber die auch heute übliche »Anwendung der Diaphorese bei chronischem Morbus Brightii« handelt die vierte (1861), »Ueber eine besondere Ursache der Ohnmacht und über die Regulirung der Blutvertheilung nach der Körperstellung« (1864), die fünfte Publication. Darauf folgt eine Reihe von sechs Arbeiten, in denen bekanntlich der Schwerpunkt der fruchtbaren Forscherthätigkeit des Verfassers liegt, die physiologischen Studien über die Wärmeregulirung und die klinischen über Behandlung des Fiebers (1859—1884). Den Schluss bildet der Vortrag »über die neuen Bestrebungen der Therapie« (Freiburger Naturforscherversammlung, 1883).

An einem solchen Werk, über welches bereits die Zeit als zuverlässigster Kritiker geurtheilt hat, braucht man heute nicht mehr Kritik zu üben. Im Vorwort heisst es: »Ich habe das Glück gehabt, dass manche Anschauungen und manche Ergebnisse von Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen, welche zur Zeit ihrer ersten Veröffentlichung lebhaften Widerspruch hervorgerufen haben, im Laufe der Jahre immer mehr zur Anerkennung gekommen sind, und dass die Wege, auf welche ich hinzuweisen und welche ich gangbar zu machen versuchte, später auch von anderen Forschern betreten wurden und sich als Zugänge zu überraschenden Ausblicken auf höhere Ziele erwiesen haben.«

Bescheidentlich nennt der Verfasser das »Glück«, was der Fachgenosse als »Verdienst«, als verdienten Erfolg rastlosen, zielbewussten Forschens und mühevoller Arbeit mit Freuden anerkennt.

Wenn also über die Bedeutung der vorliegenden wissenschaftlichen Thätigkeit Liebermeister's kein Wort verloren zu werden braucht, so muss man doch fragen: welchen Werth hat die erneute Veröffentlichung für die Aerzte und die Wissenschaft? Derselbe ist ein doppelter. Dem gereiften Arzte erleichtert die Zusammenstellung das Studium der so lesenswerthen, aber in der Literatur zerstreuten, zum Theil schwer zugänglichen Abhandlungen. Dem jungen Forscher aber giebt die Sammlung ein Beispiel gründlichen, echt wissenschaftlichen Strebens und klarer gediegener Darstellung, dem nachzueifern er suchen soll. Penzoldt.

C. M. Campbell: The skin diseases of infancy and early life. London, Baillère, Tindall & Co. 1889.

Der Gedanke, die Hautaffectionen des kindlichen Alters mit besonderer Berücksichtigung der Interessen des Praktikers zu bearbeiten (differentialdiagnostische und therapeutische Momente kommen hier vorwiegend in Betracht), kann gewiss als ein sehr glücklicher bezeichnet werden; denn es ist kein Zweifel, dass gerade die kindliche zarte Haut zu gewissen Dermatosen besonders prädisponirt ist, und andererseits treffen die in den Lehrbüchern gegebenen klinischen Schilderungen der Hautaffectionen vielfach für die analogen Erkrankungen der kindlichen Haut, welche mit zunehmendem Alter anatomische und physiologische Veränderungen durchmacht, wenig zu. Auch ist zu erwägen, dass die Haut des Kindes oft Behandlungsmethoden, welche von Erwachsenen anstandslos ertragen werden, als unangenehmen Reiz empfindet und entsprechend reagirt, und endlich ist, wie der Verfasser mit Recht an verschiedenen Stellen seines Manuals hervorhebt, die Ernährung der Neugeborenen

und in sehr jugendlichem Alter stehenden Kinder, sowie die an verschiedenen Orten übliche Methode der Hautpflege durch Baden, Kleiden und allgemein hygienische Maassnahmen oft geradezu geeignet, gewisse Dermatosen zu erzeugen. So wünschenswerth daher eine Bearbeitung des gegebenen Gegenstandes erscheint, und ich bin der Ueberzeugung, dass für gar manche Hautaffectionen bei Kindern, welche heutzutage noch als Krankheitseinheiten aufgefasst werden, eine genauere Differenzirung möglich und wünschenswerth wäre, und so sympathisch der Versuch des Verfassers auch berühren mag, muss ich doch bekennen, dass die Ausführung mich nicht ganz befriedigt hat; insbesondere scheint mir die Anordnung des Stoffes, die Lückenhaftigkeit der therapeutischen Vorschriften, und die Stellung des Verfassers zu gewissen pathologischen Fragen (das Verhältniss zwischen Lupus und Tuberculose, Aetiologie des Impetigo und des Pemphigus neonatorum, Molluscum contagiosum, Neurosen der Haut, wozu auch die Prurigo und die Pigmentanomalien gezählt werden u. v. a.) dem Werthe des kleinen Handbuches Abbruch zu thun. Doch wird freilich zuzugeben sein, dass das gegebene Thema nur von einer Seite, die zugleich auf pädiatrischem und dermatologischem Gebiete völlig durchgebildet ist, in befriedigender Weise bearbeitet werden kann. Gleichwohl kann die Lectüre des Manuals Jedem, der sich für die Hautaffectionen des kindlichen Alters interessirt, warm empfohlen werden. Kopp.

Vereinswesen.

62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg

vom 18.—23. September 1889.

(Originalbericht.)

Section für Kinderheilkunde.

Referent: Dr. Escherich.

I. Sitzung: Donnerstag, 19. September, Vormittags.

Vorsitzender: Steffen-Stettin.

Prof. Dr. **Ranke: Ueber Intubation.**

Ranke hat im Ganzen 65 Fälle mit Intubation behandelt, worunter 50 bei primärer Erkrankung mit Diphtherie, 16 in denen die Diphtherie zu einer schon bestehenden anderen Krankheit hinzugetreten war. Von den letzteren wurden nur 1, von den ersteren 15 Kinder = 30 Proc. gerettet. Unter den 15 Geheilten befinden sich allerdings 2, die nachträglich tracheotomirt wurden, und 2, welche später an Lungenerkrankungen gestorben sind. Die Resultate sind demnach zwar noch schlechter als bei Tracheotomie, doch immerhin zu weiteren Versuchen aufmunternd.

Indication ist jede im Verlauf der Diphtherie auftretende Larynxstenose, die durch Intubation sofort und sicher beseitigt wird. Vom 5. Tage ab kann man den Versuch machen, die Tube zu entfernen. Folgt auf die Einführung der Tube keine genügende Erleichterung der Athmung, stellt sich im Verlaut der Krankheit durch Absteigen des diphtheritischen Processes Kurzathmigkeit ein, oder kann die Tube aus irgend welchen Gründen innerhalb 10 Tagen nicht entfernt werden, so muss die secundäre Tracheotomie nachfolgen. Eine Verlegung der Tube durch Membranen wurde ganz selten, eine Verstopfung derselben durch zähes Secret niemals beobachtet. Das bedenklichste Symptom ist das Verschlucken, das fast alle intubirten Kinder zeigen, und oft die Herausnahme der Tube noch einige Zeit überdauert. Schon dadurch wird bewiesen, dass die Ursache desselben nicht in der mechanischen Behinderung durch den Tubenkopf, sondern in der entzündlichen Infiltration der Gewebe des Schlundkopfes gelegen ist. Nach Tracheotomie wird es nur in 20 Proc. und nur durch kurze Zeit dauernd beobachtet. Trotzdem ist Schluckpneumonie bei Intubirten nicht häufiger als bei Tracheotomirten und wurde in keiner der Sectionen gefunden. Zur Vermeidung derselben empfiehlt es sich, die Kinder bei hängendem Kopf und mit festweichen Speisen zu ernähren, von Getränken aber nur reines Wasser zu geben.

Zum Schlusse stellt Ranke folgende Thesen auf:

1) Die O'Dwyer'sche Intubation ist als ein bleibender Fortschritt in der Therapie der diphtheritischen Kehlkopfstenosen anzuerkennen.

2) Niemals wird die Intubation die Tracheotomie verdrängen.

3) Beide Methoden ergänzen sich, für jede bestehen besondere Indicationen. In der Regel wird die Behandlung mit der Intubation beginnen und die Tracheotomie erst später folgen lassen.

4) Die besten Resultate der Croupbehandlung dürfte man in hygienisch tadellosen Anstalten erreichen.

Prof. Dr. **Ganghofner**-Prag hat bei den 41 von ihm beobachteten Fällen die gleichen Erfahrungen gemacht. Auch er war genöthigt, in einer grösseren Anzahl von Fällen (4mal sofort nach der Intubation) die secundäre Tracheotomie nachfolgen zu lassen. Ausgedehnter Druckdecubitus wurde bei 4 Patienten, bei denen die Diphtherie zu einer anderen Erkrankung hinzugetreten, beobachtet. Die Nachbehandlung macht wenig Schwierigkeiten, namentlich wenn die Tube mittels des Fadens rasch und leicht wieder entfernt werden kann. Die Heilungsresultate gestalteten sich bei ihm sogar noch etwas günstiger als bei den gleichzeitig behandelten 45 Tracheotomien. Er zählte bei ersteren 8, bei letzteren nur 4 Geheilte.

Hierauf wurde eine Anzahl von Thesen verlesen, welche Dr. Biedert-Hagenau, der durch Erkrankung am persönlichen Erscheinen verhindert war, über Indication und Ausführung der Tracheotomie aufgestellt hatte. Es wurde darin auch der Antrag gestellt, behufs Einleitung einer Sammelforschung über Tracheotomiestatistik ein einheitliches Schema auszuarbeiten, in welches die Beobachtungen eingetragen werden sollten. Eine Commission bestehend aus den Herren Steffen, Ranke, Ganghofner, Wyss, wurde mit der Ausarbeitung dieses Schemas betraut.

In der sich anschliessenden Discussion betonte Escherich, dass die Vorzüge der Intubation, die Vermeidung einer blutigen Operation, die einfache und ohne besondere Apparate durchführbare Nachbehandlung, namentlich da in Betracht kämen, wo von den Eltern die Tracheotomie verweigert werde oder die Verhältnisse so ärmliche seien, dass an die erfolgreiche Durchführung einer Tracheotomie nicht zu denken sei. Dagegen biete die Tracheotomie durch die reichlichere Luftzufuhr günstigere Chancen sobald einmal die Athmungsfläche durch Fortsetzung des diphtheritischen Processes in die Bronchien oder durch Lungenaffectionen verkleinert sei. In solchen Fällen sollte sofort die Tracheotomie vorgenommen werden. Hildebrand empfiehlt Menthol als antidiphtheritisches Mittel, das zugleich desinficirend und analeptisch wirke. Heubner hebt hervor, dass bei der Intubation die Art der Athmung den physiologischen Verhältnissen doch viel ähnlicher sei, weshalb diese zu bevorzugen ist. Wyss, der gleichfalls im Züricher Kinderspital reiche Erfahrung über die neue Behandlungsmethode gesammelt, hatte bei der Einführung grosse Hindernisse zu bekämpfen. Seine Erfolge sind noch günstiger als diejenigen der beiden Referenten; insbesondere hat er niemals Druckdecubitus durch die Tube gesehen; auch keine Schluckpneumonien. Hagenbach meint, dass die Behandlung der diphtheritisch erkrankten Trachealwand und die Entfernung der Membranen durch die weite Trachealöffnung bei Tracheotomie doch erleichtert werde. Im Schlusswort constatirt Ranke mit Befriedigung die Uebereinstimmung der an räumlich weit getrennten Orten und unabhängig von einander angestellten Erfahrungen, die entschieden zu einer Fortführung der Versuche mit Intubation ermunterten.

Prof. **Ranke** spricht sodann: **Ueber erschwertes Decanulement.**

Dasselbe ist am häufigsten bedingt durch Granulationsstenosen, die sich nach Cricotracheotomien oder auch von Decubitalgeschwüren aus bilden. Dieselben sind, seit in dem ihm unterstellten Kinderspital ausschliesslich die Tracheotomie inferior ausgeführt wird, nicht wieder zur Beobachtung gekommen, während vorher bei 52 Cricotracheotomien 4 grössere Decubitalgeschwüre durch Canülendruck in cadavere und 2 Fälle von Granulationsstenose beobachtet wurden, in denen die Canüle

Monate hindurch getragen werden musste. In dem einen dieser Fälle gelang die Entfernung erst nach wiederholter energischer Auskratzung des Kehlkopfes von der Trachealöffnung aus. In dem zweiten waren alle Methoden vergebens angewandt; selbst die Spaltung des Kehlkopfes wurde ohne Erfolg versucht. Die Heilung dieses Patienten, der dazu verurtheilt schien, zeitlebens die Canüle zu tragen, gelang durch Einlegen der Tube unter Entfernung der Canüle, wobei die Granulationen durch den dauernden Druck und Wegfall der Reizung durch die Canüle in wenigen Wochen zum Schwinden gebracht wurden. Aehnliche Fälle werden auch aus dem Züricher Kinderspital mitgetheilt.

Auch in zwei Fällen von diffusen Kehlkopfpapillomen bei Kindern hat Ranke durch längeres Liegenlassen der Tuben schöne Erfolge erzielt. Trotzdem dieselben von den Patienten mehrere Wochen hindurch getragen wurden, trat hier weder Decubitus noch Verschlucken ein.

Im Anschluss hieran machte Prof. **Wyss**-Zürich eine kurze Mittheilung: **Ueber Tracheostenose** nach dem Luftröhrenschnitt.

Er wies darauf hin, dass die Einführung einer Canüle in die Trachea nothwendig eine Abplattung der letzteren von hinten nach vorne bewirkt. Zugleich drückt die Convexität der Canüle die oberen Wundränder nach hinten, namentlich dann, wenn der Schnitt zu klein und wenn die bei der Tracheotomia superior nach unten gezogene Struma von unten her gegen das Schild der Canüle drückt. Bleibt die Canüle länger liegen, so werden diese Verhältnisse fixirt und können ohne dass sich Granulationen gebildet haben, das Decanulement verhindern oder erschweren. Auch wenn dieses ohne Schwierigkeit gelungen und die Wunde längst verheilt ist, sind bei solchen Kindern, wenn sie stärkere körperliche Anstrengungen machen, nicht selten Anzeichen einer geringgradigen Trachealstenose erkennbar.

II. Sitzung: Donnerstag, 19. September, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Prof. Ranke-München.

Prof. **von Jaksch**-Graz: **Ueber den zeitlichen Verlauf der Salzsäuresecretion im Magen.**

Jaksch hat seine Versuche mit einer Modification der Sonquist'schen Methode bei Kindern verschiedenen Alters und bei wechselnder Ernährung vorgenommen. Die Farbstoffreactionen sind für den exacten Nachweis der Salzsäure ungenügend, wenngleich practisch nicht zu entbehren; die beste unter ihnen ist das Günzburg'sche Reagens.

Er fand, dass je nach der Art der Nahrung beträchtliche Unterschiede in der Menge der producirten Salzsäure vorhanden sind; in allen Fällen wurde jedoch schon $^1/_4$ Stunde nach der Nahrungsaufnahme freie Salzsäure nachgewiesen, deren Menge im Laufe der nächsten Stunden constant, wenn auch mit Intermissionen zunahm; so fand sich beispielsweise

Bei Fleischnahrung	Bei Milch	Bei Kohlehydraten
30 g fettfreien Schinken	200 Cubikcentimeter	Reisstärke m. Chocolade
nach $^1/_4$ Stunde 0,00085	nach $^1/_4$ St. 0,0126	nach $^1/_4$ St. 0,0592 %
nach 1 Stunde 0,2907	nach 1 St. 0,064	nach 1 St. 0,1524 %
nach 1 Stunde 0,2231	nach $1^3/_4$ St. 0,2323	des Mageninhaltes.

in einem anderen Versuch.

Die Salzsäuremenge erreicht 1 — 3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme ihr Maximum; am langsamsten steigen die Werthe bei Fleisch-, rascher bei Milch-, am schnellsten bei Kohlehydratnahrung an. Es ist daraus ersichtlich, von welch' grosser Bedeutung die Art der Probemahlzeit für die diagnostische Verwerthung der gefundenen Salzsäuremengen ist.

Eine weitere Untersuchungsreihe, wobei an Kindern verschiedenen Alters und Körpergewichts bei gleicher Nahrung die in gleichen Zeiträumen abgesonderten Salzsäuremengen quantitativ festgestellt wurden, ergab, dass dieselben sich dem Körpergewicht proportional verhielten und auf 1 k Kind eine annähernd gleiche Menge in den verschiedenen Lebensaltern treffe. Katarrhalische Zustände des Magens führen stets zu einer Verminderung der Salzsäureproduction.

In der Discussion hebt Escherich hervor, dass dadurch die schon längst bekannte geringe Salzsäureproduction des Säuglings auf ein allgemeines biologisches Gesetz zurückgeführt werde und fragt, ob bei den Milchversuchen auch die Bindung der producirten Salzsäure an die Alkalien in Anschlag gebracht sei.

E. Pfeiffer-Wiesbaden weist ebenfalls auf das Bindungsvermögen der basischen Salze hin und hätte gewünscht, dass die Versuche mit ganz reinen Nährstoffen, Eiweiss, reiner Stärke, Salzlösungen etc. angestellt worden wären.

v. Jaksch erwidert, dass er bei der Anstellung dieser Versuche absichtlich Verhältnisse gewählt habe, wie sie in der Praxis vorkommen. Ob die Salzsäure des Magens wirklich an die Salze der Milch gebunden werde, hält von Jaksch für zweifelhaft.

Dr. **Hochsinger**-Wien: **Ueber die Schicksale congenital-luetischer Kinder.**

265 hereditär luetische Kinder, die auf der Kassowitz'schen Poliklinik im Laufe der letzten 20 Jahre zur Beobachtung kamen, worunter 62 unter $^1/_4$ Jahr alt waren, wurden zuerst einer energischen antiluetischen Cur unterworfen und dann durch längere Zeit, einzelne durch viele Jahre hindurch beobachtet und die bei denselben sich zeigenden luetischen Erscheinungen notirt. Es hat sich dabei herausgestellt, dass die Recidive relativ selten und stets in leichter Form auftreten. Der Symptomcomplex der Hutchinson'schen Trias wurde trotz des grossen Materials nie beobachtet. Ein Zusammenhang der Lues mit Scrofulose wird in Abrede gestellt, mit Rachitis besteht ein solcher nur insoweit, als die Lues gleich jedem schweren Allgemeinleiden zur Entstehung derselben disponirt.

Die Prognose der Syphilis hereditaria ist demnach bei frühzeitiger Behandlung keineswegs so ungünstig, als sie von manchen Seiten dargestellt wird, und auch bei den schwersten Formen derselben, dem Pemphigus syphiliticus und der Osteochondritis luetica, darf die Hoffnung auf Erhaltung des Lebens nicht aufgegeben werden.

XV. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Strassburg

vom 14. — 17. September 1889.

(Originalbericht von Dr. Stich-Nürnberg.)

II. Sitzung am 16. September.

(Fortsetzung.)

Correferent Herr Bürgermeister **Back**: Der Herr Referent hat unter Darlegung der geschichtlichen Entwicklung der Reconvalescentenpflege in Frankreich, England und Deutschland und der Einrichtung der in Deutschland bestehenden Anstalten, insbesondere der Münchener, das Wesen und die Bedeutung der Anstalten bei Genesenden in so eingehender Weise besprochen und zugleich die Nothwendigkeit der Gründung solcher Reconvalescentenanstalten in so überzeugender Weise dargethan, dass nicht viel hinzuzufügen ist. In erster Linie ist auf die von dem Herrn Referenten schon oben kurz erwähnte Strassburger Anstalt Lovisa kurz noch einmal hinzuweisen; dieselbe verdankt ihre Entstehung dem letzten Willen des durch Gemeinsinn und wahre Menschenliebe ausgezeichneten Strassburger Bürgers Joh. Aug. Ehrmann, der am 20. Aug. 1876 sein ganzes beinahe 2 Millionen betragendes Vermögen für gemeinnützige Zwecke vermachte, darunter ca. 850000 M. zur Errichtung und Unterhaltung einer Reconvalescentenanstalt. Schon im September 1876 gelang es für dieselbe in dem Vorort Rupprechtsau ein sehr geeignetes über 400 Ar grosses Landgut um ca. 58000 M. zu erwerben, dessen Gebäude mitten in einem grossen Park mit schattigen Alleen, Wiesen, Obst- und Gemüsegärten liegen. (Der Plan wird gezeigt.) Da die vorhandenen Gebäude selbst mit Aufwendung grosser Kosten sich nur in unvollkommener Weise für die Anstaltszwecke herrichten liessen, so beschloss man unter Nachahmung des Vorbildes von Vincennes die Erbauung zweier Pavillons, je 1 für Männer und Frauen, welche miteinander durch eine bei schlechtem Wetter den Pfleglingen zum Aufenthalt dienende Glasgallerie verbunden sind; (die Grundrisse der Pläne werden gezeigt). In dem für die Frauen

bestimmten Gebäude befinden sich ausser dem zugleich als Tagraum dienenden Speisesaal und den Schlafräumen der Pfleglinge die Küche und Vorrathskammern, ferner die Wohn- und Schlafzimmer für die mit dem Dienst in der Anstalt betrauten Schwestern, während das Männerhaus neben dem Speisesaal nur die erforderlichen Schlafzimmer enthält. Da sonach die für die Frauen bestimmten Räume kleiner sind, als die für die Männer, so wird im Sommer das frühere Hauptgebäude zur Unterbringung von Frauen und Mädchen benützt, soweit sie im Pavillon keine Unterkunft finden. Von den übrigen Gebäuden dient eines als Gärtnerwohnung, das andere als Waschküche und Badehaus; sämmtliche Räume sind geräumig, hell und leicht ventilirbar. Eine Wasserleitung mit sehr reinem und gutem Wasser versorgt alle Gebäulichkeiten sowie den Gemüsegarten. Ausser 10 Betten für das Warte- und Dienstpersonal verfügt die Anstalt z. Z. über 60 Betten. Die durch die Neubauten, innere Einrichtung und Mobiliarausstattung entstandenen Kosten belaufen sich auf 175200 M., so dass unter Hinzurechnung des vorerwähnten Ankaufspreises der gesammte Kostenaufwand für die Anstalt in runder Summe 234000 M. beträgt. Ein grosser Theil dieser Summe konnte aus den bis zur Eröffnung der Anstalt ganz zur Verfügung stehenden Zinsen des Dotationscapitals, sowie aus den bis jetzt alljährlich bewirkten Einnahmeüberschüssen der laufenden Verwaltung bestritten werden, so dass der heute vorhandene Capitalstand nur um 75000 M. geringer ist, als der ursprünglich vorhandene. Da nach den bisherigen Erfahrungen Ueberschüsse auch in den nächsten Jahren aus der laufenden Verwaltung zu erwarten sind, so wird sehr bald das ganze hinterlassene Capital wieder voll sein. Die Zinsen des gegenwärtig vorhandenen Dotationscapitals belaufen sich auf etwas mehr wie 30000 M. Dazu kommt der Erlös aus verkauften, sowie der Werth der in der Anstalt verwendeten Gartenerzeugnisse, welcher sich auf etwa 2000 M. stellt, so dass der Verwaltung alljährlich 32000 M. zur Verfügung stehen. Diese günstige Finanzlage hat den Verwaltungsrath veranlasst, in mehrfacher Richtung über den ursprünglich bestimmten Zweck der Anstalt, wonach in dieselbe nur Kranke aus dem Hospital aufgenommen werden sollten, hinauszugehen; einmal in der Weise, dass auch Kranke aus der Stadt, grösstentheils Familienväter und -Mütter, deren Mittel in Folge der längeren Krankheit knapp geworden sind, zugelassen werden, wobei bemerkt werden muss, dass diese Kranken meist in weit erschöpfterem Zustande ankommen, als die Spitalkranken, so dass deren Aufenthalt sich sehr oft über die sonst eingehaltene Normaldauer von 14 Tagen bis 3 Wochen hinaus erstrecken muss. Sodann hat der Verwaltungsrath geglaubt im Sinne der Stiftung zu handeln, wenn er die Anstalt auch scrophulösen Kindern öffnete. Dieselben erhalten ausser Kost und Pflege noch Bäder von Mutterlauge, welche in dankenswerther Weise von den Salinenbesitzern Herren Gagneret & Cie. in Saaralben unentgeltlich der Anstalt überlassen werden. Endlich dient die Anstalt auch als Feriencolonie, indem während der besseren Jahreszeit eine Anzahl schwächlicher Kinder für einen Zeitraum von je 5 Wochen Aufnahme findet. Ausser diesen sämmtlich unentgeltlich verpflegten Personen können auch, soweit der Raum dies zulässt, solche Pfleglinge zugelassen werden, welche entweder selbst den auf 2 M. 40 Pf. täglich festgesetzten, aber meist auf 2 M. ermässigten Pflegesatz zahlen oder für welchen die Angehörigen, beziehungsweise Arbeitgeber aufkommen. Die Zahl dieser Verpflegten ist jedoch in den ersten Jahren eine kleine gewesen und hat langsam zugenommen, im letzten Jahre jedoch auch noch nicht die Zahl 100 überschritten. Unentgeltlich verpflegte Reconvalescenten haben seit der am 1. Juli 1880 stattgehabten Eröffnung bis zum 31. März laufenden Jahres 4097 Aufnahme gefunden mit 81549 Pflegetagen. Dazu kommen noch 375 scrophulöse und schwächliche Kinder mit 12599 Pflegetagen. Aus naheliegenden Gründen ist der Zudrang zu der Anstalt in den besseren Jahreszeiten unverhältnissmässig stärker als in den schlechteren. Während in den Monaten Juli und August an vielen Tagen sämmtliche Betten besetzt sind, beträgt die Zahl der Pfleglinge im Winter oft kaum 8—10. Die Verwaltung der Anstalt ist eine einfache und wenig kostspielige. Dieselbe wird von dem Director des Bürgerspitals im Nebenamte unter Beihilfe einer der beiden in der Anstalt befindlichen barmherzigen Schwestern geführt. Ausserdem sind 3 Wärterinnen beziehungsweise Dienstmägde und mit Rücksicht auf die sehr ausgedehnten Park- und Gartenanlagen 1 Gärtner, der zugleich den Pförtnerdienst verrichtet, mit einem Gehilfen vorhanden. Dem Anstaltsarzt liegt die Verpflichtung ob, die Anstalt täglich zu besuchen. Wer sich weiter über die Einzelheiten der Verwaltung sowie über die ausserordentlich günstigen Erfolge der Anstaltspflege näher unterrichten will, kann auf den Bericht der Herren Gorval (Hospitaldirector) und Dr. Woehrlin (Anstaltsarzt) verwiesen werden.

Eine neue Reconvalescenten-Anstalt soll in Dortmund errichtet werden und zwar in einem der dortigen Familienhäuser der städtischen Waisenanstalt für männliche Genesende unter dem Namen »Kaiser Friedrich-Heim«. Die auf etwa 10,000 M. bemessenen Kosten der ersten Einrichtung sollen ohne directe Belastung der Steuerzahler aus Sparcassenüberschüssen gedeckt werden. In den vorliegenden Thesen ist die Ansicht vertreten, dass die Einrichtung und Unterhaltung von Anstalten für Genesende nicht Aufgabe des Staates und der Gemeinde sei, d. h. nicht im Sinne einer gesetzlichen Verpflichtung, denn man wird Bedenken tragen müssen, die Steuerzahler mit Ausgaben zu belasten, welche nicht durch das absolute Bedürfniss der Armenpflege geboten sind, sondern Zwecken dienen sollen, die doch in mehr oder minderem Grade in's Gebiet der Wohlthätigkeitsbestrebungen hinüberspielen. Für das deutsche Reich und die Einzelstaaten scheint wenigstens angesichts der ihnen durch die neuere Specialgesetzgebung auferlegten riesigen Verpflichtungen mindestens zur Zeit jeder Gedanke an eine weitere Ausdehnung der ihnen auf diesem Gebiet zufallenden Aufgaben ausgeschlossen. Uebrigens spricht auch die bisherige geschichtliche Entwicklung der Frage für diese Ansicht, indem in gar keinem der in Betracht kommenden Länder der Staat sich an der Gründung oder Einrichtung betheiligt hat mit alleiniger Ausnahme von Frankreich. Dort sind die Anstalten von Vincennes und Vésinet nicht nur durch ein Decret des Staatsoberhauptes in's Leben gerufen, sondern der Staat betheiligt sich auch an den Kosten durch Anweisung auf das Budget für die allgemeinen Wohlthätigkeitsanstalten und indirect in der eigenthümlichen Weise, dass ein kaiserliches Decret vom 8. März 1855 den Unternehmern aller öffentlichen Arbeiten in dem Departement der Seine die Verpflichtung auferlegt, 1 Proc. der ihnen zukommenden Bausumme an die Cassen der gedachten Anstalten abzuführen. Das Ergebniss ist so bedeutend, dass mehr als die Hälfte der Ausgaben der Anstalt in Vincennes aus diesen Fonds gedeckt werden. Selbstverständlich schliesst der vorstehend aufgestellte Grundsatz nicht aus, dass die Gemeinden sich anregend und fördernd gegenüber der Reconvalescentenpflege verhalten, wofür schon das eigene Interesse spricht; den Gemeinden liegt die gesetzliche Verpflichtung der Armenpflege ob, und es kann ihnen daher nicht gleichgiltig sein, ob die Arbeitsfähigkeit eines Mannes, der im Falle der Erkrankung der Gemeinde zur Last fällt, gehoben und gebessert wird. In besonders wirksamer Weise kann diese Unterstützung der Gemeinden wie in München, Berlin und Dortmund, durch Ueberlassung verfügbarer Gemeindebauten geschehen. Ebenso wird es im Interesse der Armenpflege sowie der Krankencassen liegen, ihre Pfleglinge und Mitglieder thunlichst der Wohlthat der Reconvalescentenpflege theilhaft werden zu lassen. Auch dann, wenn diese verschiedenen Corporationen mitherangezogen werden, wird der Privatwohlthätigkeit ein sehr weiter Spielraum zur Entfaltung gegeben sein. Der Herr Referent hat bereits darauf hingewiesen, dass die Lage der Unverheiratheten und Verheiratheten in dieser Beziehung eine völlig verschiedene ist. Der Unverheirathete mag aus den Beiträgen, die er aus der Krankencasse empfängt, in der Lage sein, sich in der Reconvalescenten-Anstalt den Aufenthalt zu verschaffen; bei dem Familienhaupt, das lange krank gewesen ist und dadurch in seinen Verhältnissen bereits erheblich gelitten hat, wird man doch zugeben müssen, dass die von den verpflichteten Corporationen herrührenden Beträge grösstentheils

den Familienangehörigen zufliessen werden. Wenn man bei Gründung einer Anstalt die Wahl des Aufenthaltsortes in's Auge fasst, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass derselbe thunlichst ausserhalb der Stadt und entfernt von grösseren Häusercomplexen zu suchen sei, doch ist davor zu warnen, eingedenk des Sprüchwortes, dass das Bessere der Feind des Guten ist, in dieser Beziehung allzu hohe Anforderungen zu stellen. Zweckmässig erscheint es, die Anstalt in mässiger Entfernung von der Stadt anzulegen. Es wird dann möglich sein die Verwaltung schon um der Kostenersparnisse willen in die Hand der sachkundigen Organe der Spitalverwaltung zu legen; Arzt, Apotheke, Kirche sind dann leicht zu erreichen, der Transport der Pfleglinge erfordert keine grossen Kosten, die Pfleglinge können sich des Besuches ihrer Angehörigen erfreuen und sind in der Lage selbst die erforderlichen Schritte zur Wiedererlangung von Arbeit nach erfolgter vollständiger Genesung zu thun. Als mustergiltig kann die Lage der Strassburger Anstalt, inmitten einer Gärtner-Vorstadt, 4 Kilometer vom Hospital, 2 Kilometer von der eigentlichen Stadt entfernt, bezeichnet werden. Das Gebäude selbst soll weder eine Kaserne, noch ein Hospital, noch ein Gasthaus darstellen, sondern den Charakter des Familienhauses tragen; keine grossen Schlafsäle, sondern kleine Zimmer mit 2, höchstens 4 Betten enthalten. Daraus ergiebt sich von selbst, dass die einzelne Anstalt nicht für eine zu grosse Zahl von Pfleglingen eingerichtet werden soll. Man hat auch Berechnungen darüber angestellt, wie hoch im Verhältniss zur Bevölkerungsziffer einer Stadt die Zahl der Pfleglinge bemessen werden muss bei Neugründung einer Anstalt. Dem oben angeführten Werk von Güterbock ist zu entnehmen, dass man in England an maassgebender Stelle davon ausgeht, dass unter 5000 abgehenden Hospitalkranken nicht weniger als 1500 aus der Ueberweisung an die Reconvalescenten-Anstalt Nutzen ziehen würden. Nach Ansicht des Directors von Vincennes wird wird man dem vorhandenen Bedürfniss gerecht werden, wenn man in der Lage ist, etwa $^1/_4$ der in den Hospitälern verpflegten Personen aufzunehmen. Für Strassburg mit seiner Civilbevölkerung von 110,000 Einwohnern, hat sich bei sehr liberaler Beurtheilung des Bedürfnisses im einzelnen Falle die gegenwärtige Anstalt mit ihren 60 Betten als vollständig ausreichend erwiesen.

Wenn man einen Blick auf die Kosten wirft, welche eine Reconvalescenten-Anstalt verursacht, so muss man selbstverständlich zwischen einmaligen und laufenden Kosten unterscheiden; es existiren Berechnungen darüber, wie hoch das einzelne Bett bei der Errichtung einer solchen Anstalt zu stehen kommt, doch hat das keinen besonderen Wert, denn abgesehen davon, dass es sehr oft vorkommen wird, dass bestehende Gebäude benutzt werden, sind auch die Grundstückpreise, die Preise der Baumaterialien und der Baulöhne in den einzelnen Orten so verschieden, dass in dieser Hinsicht ein bestimmter, durchschlagender Grundsatz für Deutschland nicht aufgestellt werden kann. Anders liegt das bei den laufenden Ausgaben; diese lassen sich schon heute mit annähernder Sicherheit in bestimmte Sätze für den Kopf und Tag aufstellen. München berechnet, wie wir von Herrn Prof. v. Ziemssen gehört haben 1,80 M., Berlin 1,75, Strassburg 1,90 für Erwachsene, 1,42 für Kinder, indem es für letztere einen ermässigen Satz von $^3/_4$ desjenigen für Erwachsene annimmt; dabei ist jedoch zugegeben, dass diese Ermässigung etwas willkürlich gegriffen ist, da die Kinder von 7—15 Jahren bezüglich der Beköstigung beinahe zu denselben Unkosten Anlass geben wie die Erwachsenen. Man wird daher auch in Strassburg den Durchschnittssatz auf etwa 1,75—1,80 M. stellen müssen. Herr Prof. v. Ziemssen glaubt unter Hinweis auf englische Anstalten, insbesondere auf die unter dem Protektorate der Frau Minister Gladstone stehende, bei welcher ein Pflegesatz von 1,33 M. angegeben wird, dass mit der Vermehrung der Zahl der Pfleglinge bei gleich reichlicher Mundverpflegung die Kosten für den Tag und Kopf sich erheblich vermindern würden. Eine Verminderung kann im Allgemeinen zugegeben werden, aber sehr erheblich dürfte eine solche nicht sein.

Es zeigt sich in Strassburg — wahrscheinlich wird das für München und Berlin auch nicht viel anders sein —, dass diejenigen Generalkosten, welche auch bei einer erheblichen Zunahme der Pfleglinge so ziemlich dieselben bleiben werden, nemlich die allgemeinen Verwaltungskosten, Unterhalt der Gebäude und des Gartens, Steuern und Feuerversicherung nur 17 Proc. der jährlichen Gesammtausgaben ausmachen, gegenüber 83 Proc. der mit der Zahl der Insassen unzweifelhaft wachsenden Kosten für Verpflegung und Bedienung. 55 Proc. der Gesammtausgaben fallen allein auf die Mundverpflegung, auf Essen und Trinken. So lange also — worüber die Herren Aerzte urtheilen mögen — nicht eine Einschränkung in Bezug auf den Speisezettel stattfindet, werden sehr in's Gewicht fallende Ersparnisse auch beim Wachsen der Anstaltsbevölkerung nicht erwartet werden können.

Angesichts der merkwürdigen Uebereinstimmung in den doch in ganz verschiedenen Theilen Deutschlands liegenden Städten München, Berlin und Strassburg wird man in den grösseren und mittleren Städten Deutschlands bei Errichtung neuer Reconvalescenten-Anstalten einen täglichen Pflegesatz von 1,75—1,80 M. in Aussicht nehmen müssen. Uebrigens berechnet auch Vincennes, bei welchem mit Rücksicht auf die grosse, durchschnittlich 500 betragende Zahl der Pfleglinge die Generalkosten gegenüber den laufenden Ausgaben sehr zurücktreten, seinen Pflegesatz auf 1,92 M. (2 Fr. 40 Ct.). Wie bereits von Herrn Prof. Ziemssen angedeutet, ist in allen Anstalten die Mundverflegung eine sehr reichliche, Arzt und Apotheke treten vollständig in den Hintergrund gegenüber dem Koch. In den deutschen Anstalten erhalten die Pfleglinge Morgens: Milchcaffé oder Milch mit Semmel; Vormittags: Bouillon oder Butterbrod mit Fleisch, Wurst, Käse; Mittags: Suppe, Gemüse, 190—250 g Fleisch, Brod; Nachmittags: Milchcaffé oder Milch mit Brod, oder Brod mit Obst oder Butter; Abends: Suppe, Fleisch oder Wurst, Salat. Den örtlichen Gewohnheiten entsprechend giebt München natürlich Bier (Heiterkeit) und zwar Mittags $^1/_2$ Liter für Männer, $^1/_4$ für Weiber, Abends $^1/_2$ Liter für jede Person; Strassburg täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Liter Wein, während Berlin Caffé, Cacao oder Thee nebenher verabreichen lässt (grosse Heiterkeit).

Auch die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes des einzelnen Pfleglings in den Reconvalescenten-Anstalten lässt sich nach den bisherigen Erfahrungen bereits mit ziemlicher Sicherheit und für die einzelnen Anstalten geradezu übereinstimmend festsetzen. Strassburg hatte die normale Dauer des Verbleibens im Hospiz auf 14 Tage festgesetzt, jedoch eine Verlängerung nach Umständen zugelassen; München hatte 1—4 Wochen angenommen, Berlin 3 Wochen, in Wirklichkeit hat sich die Frage so gestaltet, dass in München wie in Strassburg die Pfleglinge 20 Tage verbleiben. Berlin besteht noch zu kurze Zeit, um schon maassgebende Erfahrungen zu besitzen. — In Vincennes und Vésinet, wo man im Reglement einen Aufenthalt von 15 Tagen angenommen hatte, wird durchschnittlich ein solcher von 18 Tagen erreicht. Man wird hiernach nicht fehlgehen, wenn man sich auf die Dauer von durchschnittlich 20 Tagen einrichtet, wobei natürlich bei den einzelnen Pfleglingen eine Verkürzung oder eine Verlängerung eintreten kann.

Die Verwaltung der Reconvalescenten-Anstalten ist überall eine möglichst einfache, wie sich schon aus der geringen Stärke des Anstaltspersonals ergiebt. Für Strassburg ist bereits erwähnt, dass bei dem Verhandensein von 60 Betten 2 Schwestern und 3 weibliche Dienstboten ausreichen, und ähnlich stellt sich das Verhältniss in den beiden Berliner Anstalten, wo bei je 40 Betten 1 Schwester, 1 Köchin und 2 weibliche Dienstboten neben einem männlichen Arbeiter für gröbere Arbeiten vorhanden sind. Dass in Strassburg dem Gärtner noch ein Gehilfe beigegeben ist, erklärt sich aus der ungewöhnlich grossen Ausdehnung der Haus- und Gartenanlagen. Die Bewältigung der Arbeit mit einem so schwachen Personal wird dadurch möglich, dass in allen Anstalten die Pfleglinge, soweit ihr Gesundheitszustand das zulässt, zu leichten Arbeiten mit herangezogen werden. Das Ordnen der Betten, das Reinigen der Schlaf- und Aufenthaltsräume, das Decken der Tische wird meistens von den Pfleglingen besorgt. Auch betheiligen sich dieselben an

der Bestellung der Gärten sowie an der Unterhaltung der Wege. In Vincennes mit seiner grossen Bevölkerung ist die Arbeit für diejenigen, welche sich an derselben betheiligen wollen, förmlich organisirt. Abgesehen von den erwähnten Beschäftigungen finden die Pfleglinge Gelegenheit in Werkstätten zu arbeiten, deren für Schlosser, Schreiner, Tapezierer, Maler, Schneider und Schuhmacher vorhanden sind. Den Arbeitern kann dort auch eine Entschädigung von 20 Pf. (25 Cts.) oder $^1/_4$ Liter Wein für den Tag gewährt werden, welche sich je nach der Arbeitsleistung in verschiedenen Sätzen bis zu 80 Pf. (1 Fr.) steigern kann. Im Uebrigen ist in allen Anstalten den Insassen eine grosse Freiheit der Bewegung gestattet und enthalten die Hausordnungen Bestimmungen über die Zeit des Aufstehens, des Schlafengehens sowie der verschiedenen Mahlzeiten, denen natürlich pünktlich Folge geleistet werden muss. Als einzige disciplinarische Maassregel besteht die Entlassung des Pfleglings, wenn derselbe der Hausordnung sich nicht fügen will, oder durch unwürdiges, ungesittetes Benehmen Anlass zum Tadel giebt. Nach dem übereinstimmenden Zeugniss der Verwaltungen ist jedoch eine derartige Maassregel nur in äusserst seltenen Fällen erforderlich, wie denn überhaupt die Handhabung der Ordnung und Disciplin in Reconvalescentenhäusern nirgends auf besondere Schwierigkeiten gestossen ist. Redner schliesst, indem er sich dem von Güterbock in seinem Werke ausgesprochenen Wunsche anschliesst, dass die einmal angeregte Frage der Reconvalescentenpflege auch bei uns nicht von der Tagesordnung verschwinde und ihren berechtigten Platz unter den Culturaufgaben behalte. (Lange anhaltender Beifall.)

Nachdem der Vorsitzende den Dank des Vereins für die herrliche und erschöpfende Arbeit ausgesprochen, verliest er die Thesen, die von den beiden Herren Referenten aufgestellt sind; sie lauten:

1) Heimstätten für Genesende sind für grössere Gemeinwesen ein dringendes Bedürfniss.

2) Für dieselben sprechen nicht bloss ärztliche, sondern auch sociale und administrative Erwägungen.

3) Die Einrichtung und Unterhaltung solcher Anstalten ist nicht Aufgabe des Staates oder der Gemeinden, sondern ist der Vereinsthätigkeit und der Privatwohlthätigkeit zu überlassen.

4) Es erscheint zweckmässig, die Heimstätten den Krankenhäusern anzugliedern und mit einer möglichst einfachen, aber sachverständigen Verwaltung zu versehen.

5) Der familiäre Charakter der Heimstätten macht es nicht wünschenswerth, dass den einzelnen Anstalten eine zu grosse Ausdehnung (über 100 Betten) gegeben werde.

6) Geeignet zur Aufnahme sind in erster Linie die Reconvalescenten von acuten Krankheiten, von Verletzungen und Operationen, dann auch Wöchnerinnen, in zweiter Linie an chronischen Krankheiten Leidende, wenn dieselben acute Verschlimmerungen erfahren haben.

7) Principiell ausgeschlossen sind Geisteskrankheiten, Epilepsie, ekelerregende, chirurgische und Hautleiden, Lues und Alcoholismus.

8) Als nothwendige Vorbedingung für die Aufnahme ist eine gute sittliche Qualification zu fordern.

Eine Discussion der Thesen wird weder von der Versammlung noch von den Herren Referenten verlangt. — Dr. Custer-Zürich berichtet über die in Genf und Lausanne bestehenden Anstalten, eine solche verfügt über 50 Betten, eine weitere, private hat 30 Betten zur Verfügung um den Preis von 1 Fr. pro Kopf und Tag, eine weitere für Arme zu 40 Rappen pro Kopf und Tag; die Anstalten in Zürich verdanken ihre Entstehung dem auf dem Gebiete der Kinderferiencolonien bekannten Pfarrer Bion; derselbe hat sich ein Grundstück zu diesem Zwecke schenken lassen und unterhält damit zugleich ein Dienstbotenheim. Prof. Guttstadt-Berlin berichtet über die dort eingerichteten Reconvalescentenhäuser. Stadtbaurath Mäurer-Elberfeld erwähnt, dass in Elberfeld die Eröffnung eines Reconvalescentenheimes in kürzester Frist bevorstehe. Geh. Medic.-Rath Dr. Krieger-Strassburg theilt mit, dass in Mühlhausen demnächst eine derartige Anstalt eröffnet werde.

Die Versammlung beschliesst folgende Resolution: Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege nimmt die Mittheilungen der Herren Referenten über die Anstalten zur Fürsorge für Genesende mit Dank und unter völliger Anerkennung des in ihren Vorträgen und Thesen für die Behandlung der Frage eingenommenen Standpunktes entgegen.

(Schluss folgt.)

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 8. October 1889.

Vorsitzender: Herr Schede.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr E. Fränkel demonstrirt Präparate von Fettnekrose. Diese eigenthümliche, von Balser (1882) zuerst beschriebene Affection sitzt fast ausschliesslich im Bauchfett; es entstehen grauweisse oder schwefelgelbe Herde im Fett des Pancreas, Netzes und Mesenteriums, besonders des Dickdarms, die später confluiren. Schliesslich kommt es zu Schrumpfungen und Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Auch Blutungen in das Fett mit Höhlenbildungen werden beobachtet. Die klinischen Symptome der Krankheit sind sehr unbestimmt. Durch die erwähnten Verwachsungen entstehen harte Massen, Pseudotumoren, die bei der Palpation als Geschwülste imponiren können. Die Patienten waren meist Männer. Oft tritt das Bild einer schweren acuten Erkrankung mit stürmischen Allgemeinerscheinungen auf, und die Kranken gehen im Collaps zu Grunde. Die Aetiologie des Leidens ist bisher ganz dunkel. (Vortragender demonstrirt ein Stück Netz und Pancreas mit den geschilderten Veränderungen.)

2) Herr Kümmell zeigt einen Patienten, an dem wegen Oesophagusstrictur die Oesophagotomie gemacht ist. Der Anfang des Leidens soll Anfang März d. J. bemerkt sein; Ende April bestand schon eine impermeable Strictur, deren Sitz Kümmel in der Höhe der Clavicula fand Nach der Oesophagotomie, wobei sich herausstellte, dass es sich nicht um Carcinom handelte, konnte ein dünner Catheter eingelegt werden. Patient wurde dann mit Leyden'schen Dauercanülen behandelt, die Patient auch jetzt noch trägt. Die Fixirung geschieht durch einen Faden, der theils zum Munde, theils zur Fistel herausgeleitet wird. Patient hat sich seither bedeutend erholt.

II. Herr **Schede: Weitere Erfahrungen über Nieren-Exstirpationen.**

Vortragender knüpft an seinen Vortrag über denselben Gegenstand am 10. Juli 1888 an (cf. d. W., 1888, Nr. 30). Von den damals als geheilt aufgeführten 11 Fällen ist einer später in Folge einer Darmfisteloperation, die von einem andern Arzte ausgeführt wurde, gestorben. Die Andern blieben geheilt. Seitdem hat Schede 9 weitere Nierenexstirpationen gemacht, die sämmtlich glücklich verlaufen sind. Schon damals hatte Vortragender einer künftigen Statistik der Nierenexstirpationen eine bessere Prognose gestellt, als sie 1885 Gross mit 44,6 Proc. Mortalität und er selbst mit 35 Proc. festgestellt hatte. Dies beruhe vornehmlich auf den grossen Fortschritten in der Sicherung der Diagnose und dem Ersatz der transperitonealen Operationsmethode durch den an sich so gut wie ungefährlichen retroperitonealen Flankenschnitt.

Die Indication zur Operation der letzten 9 Fälle war gegeben durch maligne Tumoren 3 mal (1 Sarcom, 2 Carcinome), einfache Hydronephrose 1 mal, Pyonephrose 2 mal, Nierentuberculose 1 mal, Ureter-Uterusfistel 1 mal, Haematurie bei nachherigem normalen Nierenbefund 1 mal. — Alle Fälle wurden geheilt und von ihren Beschwerden befreit.

Anhangsweise erwähnt Vortragender einen Fall, wo eine Dame im Anschluss an einen Sturz vom Pferde eine rechtseitige Hydronephrose bekam. Schede eröffnete den Sack und nähte das Nierenbecken an die äussere Wunde an. Ein Versuch, den Ureter zu bougieren. gelang nur mit ganz feinen Sonden. Doch wurde während der Behandlung plötzlich der Weg in die Blase wieder frei und Patientin entleert seitdem allen Urin durch die Harnröhre. Die Nierenbeckenfistel ist heute noch nicht ganz geschlossen. Welches Hinderniss hier bestanden, ist unaufgeklärt geblieben.

Discussion. Herr Lauenstein hat in einem Fall von Nierenexstirpation das Zwerchfell angerissen; es entstand Pneumothorax und Patient starb im Collaps. Es handelte sich um Pyonephrose mit starrer, verkalkter Nierenkapsel, die von Lauenstein für die Niere gehalten worden war. In 2 anderen Fällen riss beim Herauswälzen der Niere die Nierenvene ein, was zu colossaler Blutung Veranlassung gab. Lauenstein räth, wenn möglich, erst den Stiel zu unterbinden. — In einem Fall von Haematurie legte Lauenstein eine Nierenbeckenfistel an. Die Blutung kehrte nicht wieder, trotzdem weder ein Stein noch sonst eine Ursache für dieselbe gefunden wurde.

Herr Kümmell hat ebenfalls einen Fall von Nierencolik operirt, die auf Steine geschoben wurde, und bei der die Freilegung des Nierenbeckens weder einen Stein noch sonst irgend eine Erkrankung aufwies. Trotzdem erfolgte nach der Operation dauernde Heilung. Jaffé.

Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung vom 28. Mai 1889.

(Nach dem officiellen Protokolle in Schmidt's Jahrbüchern.)

Vorsitzender: B. Schmidt. Schriftführer: P. J. Möbius.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag von **Sänger: Ueber gonorrhoische Infection beim Weibe.**

Herr Schmiedt betont, dass wenn man die Puellae auch bei chronischer Gonorrhoe in die Krankenhäuser bringen wollte, man dann alle Puellae interniren müsste.

Herr Zweifel stimmt mit Sänger bezüglich der Infectionsgefahr der Gonorrhoe überein und erklärt dieselbe für eine sociale Gefahr. In seiner Privatsprechstunde betrage die Häufigkeit der durch virulente Blennorrhoe krank gewordenen Frauen 10 und 11 Proc., in der Poliklinik weit mehr. Das akute Stadium verläuft beim Weibe viel weniger heftig als beim Manne. Oft scheint es, dass die äusseren Genitalien und die Scheide übersprungen würden und die Krankheit gleich im Cervix und Corpus uteri ihren Sitz aufschlage. Häufig entsteht hiebei nur ein mehr oder weniger hartnäckiger Cervical- und Uterin-Catarrh, jedoch können unzweifelhaft auch Endometritiden, Dysmenorrhoe und profuse Menstruationen verschuldet werden. Zweifel hat beobachtet, dass bei Frauen, deren Gatten früher an Gonorrhoe gelitten hatten, die aber keine Entzündungserscheinungen am Uterus boten, auf den kleinsten unter antiseptischen Cautelen vorgenommenen Eingriff hin ein Sturm von Schmerzen, Fieber etc. auftrat; hiebei spielt gewiss die Gonorrhoe eine Rolle. Man solle desshalb vor jeder operativen Therapie am Uterus speciell noch den Mann nach einer vorausgegangenen Gonorrhöe befragen. Leider erfährt man allerdings nicht immer die Wahrheit. Die Erkrankungen der Tuben, besonders der Eiter- und Blutsäcke, sind unter den gonorrhoischen Erkrankungen für die Frauen die quälendsten. Diese Erkrankungen sind desshalb als Folgen der Gonorrhoe anzuerkennen, weil es wiederholt gelang, im entleerten Eiter noch Gonococcen nachzuweisen (Döderlein). Meistens gehen dieselben allerdings im Eiter zu Grunde und sind dann nicht mehr nachzuweisen, aber die Krankheitsbilder sind so charakteristisch, dass man auch ohne bakteriologischen Nachweis ein klinisches Urtheil gewinnt. Die Gonorrhoe ist demnach als eine äusserst folgenschwere und heimtückische Krankheit zu bezeichnen und sie hat für die Frage der Sterilität eine noch grössere Bedeutung als die Syphilis. Es ist desshalb Alles aufzubieten, was der Verbreitung der Krankheit steuern kann, namentlich sollten die Aerzte den Ausspruch »der Tripper ist geheilt« beim Manne viel ernster nehmen als bisher und den Mann auf die schweren Folgen für die Ehe aufmerksam machen. Der Tripper ist allerdings nicht, wie Nöggerath meinte, unheilbar, aber keinesfalls ist er als Bagatelle aufzufassen.

Sänger giebt einen weiteren Beleg zur Häufigkeit der Gonorrhoe, indem er mittheilt, dass in seiner letzten Sprechstunde unter 16 Frauen 7 gonorrhoisch inficirt waren.

Tillmanns macht auf die ungenügende, vielfach schädliche Behandlung des Trippers beim Manne aufmerksam.

Vertagung der Discussion.

VII. Hauptversammlung des Vereins preussischer Medicinalbeamter.

Der preussische Medicinalbeamten-Verein hat am 11. und 12. v. Mts. unter dem Vorsitze des Geh. Med.- und Regierungsrathes Dr. Kanzow-Potsdam seine VII. Jahresversammlung in Berlin abgehalten. Med.-Rath Dr. Wernich-Köslin leitete die Versammlung mit einem Vortrag über den Entwicklungsgang im preussischen Medicinalwesen ein und beschäftigte sich speciell mit den Reformbewegungen im ärztlichen Stande. In geistvoller Weise und auf Grund sorgfältiger historischer Studien beleuchtete er die Entwicklung des ärztlichen Standes in Preussen, von der ersten Etappe an, in welcher in Preussen der ärztliche Stand zuerst als eine Staatseinrichtung legalisirt wurde — durch das Medicinaledict vom Jahre 1725 — bis zu der neuesten Phase, welche gekennzeichnet ist durch die auf Grund einer kgl. Verordnung vom Jahre 1887 erfolgte Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung. Die Aerztekammern seien berufen, gegen die inneren Schäden, welche dem ärztlichen Stande durch Concurrenz, Specialistenthum etc. entstehen, Abhilfe zu schaffen, wenn es auch zweifelhaft erscheine, ob sie alle Auswüchse werden mit Erfolg bekämpfen können. Eine ganz besonders erspriessliche Wirksamkeit aber werden die Aerztekammern auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege entwickeln können, wodurch sie einmal dem Staate und dann der Wohlfahrt des Volkes werthvolle Dienste leisten.

Ueber die Formulirung von Sectionsprotokollen sprach darauf Prof. Dr. Falk-Berlin. Bei den Obductionen habe man die technische Thätigkeit von der Abfassung des Protokolles und der Gutachten zu trennen. Früher hielt man die Thätigkeit des Obducenten für eine untergeordnete, gegenwärtig aber stehe der obducirende Sachverständige dem das Protokoll dictirenden in jeder Beziehung gleich. Nach der Strafprocessordnung sollen zwei Sachverständige die Obduction ausführen, Redner ist aber der Ansicht, dass ein Sachverständiger genüge, denn wenn auch vier Augen mehr sehen als zwei, so stelle doch das Gutachten häufig einen Compromiss der beiden Sachverständigen dar. Gegenüber den genauen Vorschriften für die Sectionen hält Redner einzelne Modificationen der Technik für empfehlenswerth, findet aber mit dieser wie mit der vorhergehenden Behauptung Widerspruch in der Versammlung.

Es sprachen dann noch Dr. Philipp-Berlin über die sanitätspolizeilichen Aufgaben zur Sicherung gesundheitsgemässer Geburts- und Wochenbettspflege, ferner Dr. v. Haselberg-Stralsund über den Entwurf des neuen Civilgesetzbuches vom gerichtsärztlichen Standpunct aus, und Med.-Rath Rapmund-Aurich über die Abänderung des Gesetzes vom 9. März 1872, betreffend die Gebühren der Medicinalbeamten.

(Allg. Wr. Med. Ztg.)

Verschiedenes.

(Die sanitären Einrichtungen Münchens) haben in einem längeren Berichte über die sanitären Verhältnisse deutscher, belgischer und französischer Städte von Dr. di Mattei in Rom (Riforma medica 1889 Nr. 207 ff.) eingehende Beschreibung und grosse Anerkennung gefunden. Nach einer wohl etwas gar zu düster gefärbten Besprechung der hygienischen Verhältnisse Münchens in den dreissiger und vierziger Jahren, berichtet Dr. di Mattei in sehr lebendiger Weise nach an Ort und Stelle selbst vorgenommenen Studien zunächst über das Canalisationssystem, ferner über die Wasserversorgung, den Schlacht- und Viehhof und die hygienischen Einrichtungen der Schulen. Besonders eingehend ist die Schilderung des Schlacht- und Viehhofes, welche Anstalt als ein Musterinstitut bezeichnet wird. Von den neuen Schulhäusern wird die Schule am Salvatorplatz näher besprochen und die hygienischen Verhältnisse dortselbst, besonders Heizung, Ventilation, Turnsaal und Subselliensysteme geschildert. In Bezug auf die Fäcalien-Abfuhr ist di Mattei nur damit nicht einverstanden, dass alle Abfallsproducte der Stadt in die Isar abfliessen, statt dass sie der Landwirthschaft zu Gute kommen. Den Schluss macht eine kurze, sehr lobende Besprechung der öffentlichen Vergnügungslocale und der Wohngebäude. Leider entspricht die Mittheilung, dass die meisten Wohngebäude elektrisch beleuchtet seien, nicht völlig den Thatsachen; offenbar sind die bedauerlichen Gründe, warum sich München in Bezug auf Beleucht-

ung auf eine vermuthlich noch ferne Zukunft vertrösten muss, dem Verfasser nicht genau bekannt. Als Schluss wird der erfreulichen Thatsache erwähnt, dass die Typhus-Mortalität in Folge der mit hohen financiellen Opfern erreichten Assanirung der Stadt, in der bekannten erheblichen Weise vermindert worden ist, so dass Ziemssen mit Recht den Satz aufstellen konnte, dass München — früher »Pesthöhle« und »Typhusherd« genannt — heute eine der gesundesten Städte Deutschlands ist. Ausser den Einrichtungen Münchens werden die hygienischen Verhältnisse und Einrichtungen von Frankfurt, Berlin, Brüssel und Paris besprochen.

(Militär-Ersatzgeschäft in Bayern im Jahre 1888.) Es wurden 85,000 Wehrpflichtige militärärztlich untersucht und hievon 55,856 = 65,6 Proc. als untauglich, 29,234 = 34,4 Proc. als tauglich befunden. Für 1888 war im Vergleich mit den Vorjahren eine Abnahme der Tauglichen wahrzunehmen. Von den untauglich Befundenen waren 13,942 = 16,4 Proc. bedingt tauglich, 35,122 = 41,3 Proc. zeitig untauglich, 6782 = 7,9 Proc. dauernd untauglich. Nach den Regierungsbezirken verglichen ergiebt sich für die Tauglichen das günstigste Verhältniss für Unterfranken mit 39,1 Proc., dann folgen Schwaben mit 36,5 Proc., Oberpfalz 34,6 Proc., Oberfranken 34,5 ½ Proc., Mittelfranken 34,4 Proc., Oberbayern 34 Proc., Pfalz 31,5 Proc. und Niederbayern 30,4 Proc. Wegen unerlaubter Auswanderung wurden im Jahre 1888 beim 1. Armeecorps 352 Mann, beim 2. Armeecorps 1334 Mann gerichtlich verurtheilt. In Untersuchung befanden sich noch am Schlusse des Jahres 1198 Mann.

(Kalender für 1890.) Lorenz' Taschenkalender für die Aerzte des deutschen Reiches. III. Jahrgang. 2 Theile. Verlag des Berl. Lith. Instituts. Der von uns schon früher empfohlene Lorenz'sche Taschenkalender hat in diesem Jahre wiederum eine wesentliche Vermehrung seines Inhaltes erfahren. Um dadurch das handliche Format, durch das der Kalender sich auszeichnet, nicht zu beeinträchtigen, wurde demselben ein II. Theil in Gestalt eines Beiheftes beigegeben. Die Vertheilung des Inhaltes auf die beiden Theile ist in der Weise geschehen, dass das Taschenbuch kurze Artikel über die wichtigsten praktischen Gegenstände, wie erste therapeutische Maassnahmen bei acuten Krankheiten, chirurgische und geburtshülfliche Nothhülfe, Behandlung der Vergiftungen, Dosirung der Arzneimittel etc. enthält, während das Beiheft eine Reihe von weniger dringenden Materialien, wie Bäderverzeichniss, Harnuntersuchung, Sehproben, verschiedene Obductionschemata, Taxen etc. bringt. Der Preis des Kalenders, 2 M., ist ein verhältnissmässig billiger.

Therapeutische Notizen.

(Die Compression der Aorta bei Blutungen post partum), welche von Séjournet warm befürwortet worden ist (diese Wochenschrift Nr. 39) wird neuerdings auch von La Torre (Rom) eingehend besprochen (Nouvelles Archives d'obstetr. et gynéc. Bd. IV, p. 152). Der Vorschlag von Séjournet, diese Compression von der Uterus-Innenfläche durch die hintere Uteruswand hindurch auszuführen, findet jedoch bei La Torre energischen Widerspruch, und es wird statt dessen ausschliesslich die Compression von den Bauchdecken aus empfohlen. Der Methode von Séjournet wird — nicht mit Unrecht — der Vorwurf einer hohen Infectionsgefahr gemacht und ausserdem wird dagegen eingewendet, dass so lange die Hand im Uterus verweilt, dieser sich nicht contrahiren kann und atonisch bleiben muss, endlich, dass eine lange Compression wegen früher Ermüdung der comprimirenden Hand nicht möglich ist. Dagegen wird die Compression von den Bauchdecken aus, deren Anwendung in Deutschland zuerst und zwar schon im vorigen Jahrhundert bekannt war, als ganz gefahrloses, leicht auszuführendes und sicher wirkendes Mittel empfohlen. Diese mit Unrecht lange Zeit verlassene Methode ersetzt auch am besten jegliche Autotransfusion und kann auch bei sehr fetten Personen leicht und momentan ausgeführt werden.

(Ein neuer Fall von tödtlicher Sublimatvergiftung nach Uterusausspülungen) wird von Legrand (Annales de Gynécologie XXXI, pag. 410) mitgetheilt. Es war nach einem Partus immaturus mit Zwillingen bei zurückgehaltenen Nachgeburtstheilen eine 2 malige Uterusausspülung von 0,5 pro mille Sublimatlösung gemacht worden, und obwohl beide Male unmittelbar nach der Sublimatausspülung eine ausgiebige Borsäureausspülung (2 Proc.) gemacht worden war, traten doch sehr rasch Vergiftungserscheinungen auf, welche sieben Tage nach der ersten Ausspülung den Tod herbeiführten. Die Sublimatausspülung war allerdings eine sehr massige, denn es wurden jedesmal 10 Liter der Lösung durchgespült. Legrand glaubt den fatalen Ausgang einem höheren Druck sowie dem Umstande zuzuschreiben, dass die Placenta noch in dem wenig entwickelten Uterus (4.—5. Schwangerschaftsmonat) zurückgehalten war; er schlägt deshalb vor, Sublimatausspülungen nur mit grosser Vorsicht und höchstens unter einer Wassersäulenhöhe von 40 cm auszuführen. Noch gerathener dürfte es allerdings sein, Ausspülungen des Uterus mit Sublimatlösungen — ganz besonders aber mit solchen Massen von Flüssigkeit — ganz zu unterlassen und Sublimatausspülungen nur auf die Scheide zu beschränken.

(Todesfall durch Aethylenbromid.) Zur Erzielung kurzdauernder Narkosen ist in neuerer Zeit bekanntlich das Bromaethyl (Aethylum bromatum, Aether bromatus) vielfach in Aufnahme gekommen (cf. die Arbeit von Pauschinger in Nr. 30, 1887 d. Wochenschr.). Während dasselbe prompt und ohne üble Nebenerscheinungen wirkt, stellt das Aethylenum bromatum (Aethylenbromid) ein sehr heftiges Gift dar. Die ähnliche Bezeichnung der beiden Körper wurde kürzlich die Veranlassung einer verhängnissvollen Verwechslung. Ein Arzt wollte, wie Dr. E. Kollmar in Karlsruhe in der D. Monatsschr. f. Zahnheilk., Octob.-Heft mittheilt, eine Operation unter Narkose mit Bromaethyl ausführen, verwechselte dieses aber mit Bromaethylen. 40 g Bromaethylen wurden auf die Maske gegossen, der Patient wurde sofort sehr unruhig, bekam eine sofortige Entzündung der Conjunctiva, Reizung im Kehlkopf, starke Schmerzen unter dem Brustbein, wurde nicht betäubt; nachher wurde Chloroform gegeben und die Operation gut vollzogen. Im Laufe des Tages trat heftiges Erbrechen ein, das bis zum nächsten Tage anhielt, alle Mittel dagegen waren fruchtlos, Patient starb unter den Erscheinungen der Herzschwäche bei vollständigem Bewusstsein. Die Section ergab als Todesursache acute Luftröhren- und Lungenentzündung, hervorgerufen durch die reizenden Einathmungen von Aethylenbromid. Von einer Verfolgung des betreffenden Arztes wurde, in Anbetracht der verwirrenden Bezeichnungen der beiden Körper selbst unter den chemischen Fachmännern, abgesehen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 15. October. Dem Münchener Gemeindecollegium ist folgender, von 18 Mitgliedern unterstützter Antrag zugegangen: »Das Gemeindecollegium wolle beschliessen: Den Magistrat zu ersuchen, die Errichtung eines Crematoriums zum Behufe facultativer Leichenverbrennung auf einem der äusseren Friedhöfe in Erwägung zu ziehen und im Falle der Zustimmung die dazu nöthigen Mittel in den nächsten Etat einzustellen.« Der Antrag ist motivirt mit dem Hinweis auf die Ueberfüllung der seither benützten Friedhöfe und die dadurch nothwendig gewordene Anlage neuer Begräbnissstätten an der Peripherie der Stadt. Diese sei nicht nur mit grossen Kosten verbunden, sondern bedinge auch eine Gefahr für die Gesundheit der Lebenden. Die Anlage von Centralfriedhöfen in weiterer Entfernung von der Stadt sei mit grossen Schwierigkeiten und Zeitversäumnissen für die Leidtragenden verbunden. Im Falle von Epidemien werde sich ein Crematorium als ein äusserst nützliches Institut erweisen. — Auch der ärztliche Verein in München beschäftigte sich in seiner Sitzung vom 9. ds. mit der Feuerbestattung. An einen die Einführung derselben warm befürwortenden Vortrag des Staatsrathes Prof. Dr. Vogel schloss sich eine lebhafte Discussion, aus welcher hervorging, dass die Mitglieder des Vereins aus hygienischen, sanitätspolizeilichen und wissenschaftlichen Gründen die Einführung der facultativen Leichenverbrennung für wünschenswerth halten.

— Die Reichs-Pharmakopöe-Commission, welche am 12. ds. in Berlin zusammentrat, besteht gegenwärtig (bis 1891) aus dem vorsitzenden Director des kaiserlichen Gesundheitsamtes und folgenden Mitgliedern: Prof. Gerhardt-Berlin, Prof. Binz-Bonn, Prof. Schmidt-Marburg, Prof. Jaffé-Königsberg, Apotheker Medicinal-Assessor Dr. Schacht-Berlin, Prof. Hilger-Erlangen, Medicinalrath Dr. Merkel-Nürnberg, Geheimrath Dr. Fiedler-Dresden, Professor Bruns-Tübingen, Apothekerverwalter Dr. Vulpius-Heidelberg, Universitätsapotheker Dr. Brunnengräber-Rostock und Prof. Flückiger-Strassburg; ferner aus den ausserordentlichen Mitgliedern des Gesundheitsamtes Obermedicinalräthen Dr. Kersandt-Berlin, Dr. v. Kerschensteiner-München, Dr. Günther-Dresden, Dr. v. Koch-Stuttgart, Dr. Battlehner-Karlsruhe, Dr. Pfeiffer-Darmstadt; endlich noch aus zwei Commissarien der Militärverwaltung: Oberstabsarzt Münnich-Berlin und Corpsstabsapotheker beim Gardecorps Dr. Link-Berlin. Die Sitzungen der Commission werden ungefähr 11 Tage dauern; u. a. soll auch die Frage wieder erörtert werden, in welcher Sprache die Pharmacopoea Germanica herausgegeben werden soll.

— Der III. Congress der Deutschen anatomischen Gesellschaft ist am 10. ds. von Professor His-Leipzig als Vorsitzendem im grossen Hörsaale der Anatomie zu Berlin eröffnet worden.

— Der Congress des Aerztevereins der italienischen Marken fand vom 1.—4 September in Ancona statt und war von 200 Aerzten der Provinzen Ancona, Pesaro, Macerata und Ascoli besucht. Der Congress beschäftigte sich besonders mit der Häufigkeit des Typhus und der Tuberculose in den genannten Provinzen und berieth über die Arten der Bodenhygiene, welche für die localen Verhältnisse am geeignetsten erscheinen. Der nächstjährige Congress soll zu Pesaro abgehalten werden.

— Ueber das Saccharin hat der ungarische Landes-Sanitätsrath in Folge einer Aufforderung des Ministeriums folgendes motivirte Gutachten abgegeben: Es ist nothwendig und wünschenswerth, dass das Saccharin als Nahrungs- und Genussmittel, wie als Spezerei von dem Handel ausgeschlossen, resp. dessen Gebrauch verboten werde, und zwar aus folgenden Gründen: 1) Weil das Saccharin durchaus nicht Zucker ist, aber in Folge seiner Benennung und seines süssen Geschmackes von dem nicht sachverständigen Publikum mit dem Zucker leicht verwechselt werden kann. 2) Weil es gar keine ernährende Kraft besitzt und sein physiologischer Nährwerth mit dem Zucker verglichen gleich Null ist. 3) Weil der längere Gebrauch des Saccharins Verdauungsbeschwerden verursacht. 4) Weil es vermöge seiner Wohlfeilheit zu Missbräuchen und Betrügereien verwendet werden kann, wie dies im Auslande schon jetzt vorkommt. Hingegen kann laut Ausspruch des Landes-Sanitätsrathes der Gebrauch des Saccharins als Arzneimittel unter Beobachtung der allgemeinen Vorschriften in den Apotheken gestattet werden.

— In Essen sind vom 14. Juni bis 21. September 990 Typhusfälle zur Anzeige gekommen; 93 davon sind gestorben, 784 genesen und 113 noch in ärztlicher Behandlung.

— Das Dengue-Fieber trat in diesem Jahre zuerst in Smyrna auf, wo 6—7000 Personen erkrankten. Von da wurde es nach Constantinopel verbreitet. Wie man glaubt, ist die heurige Epidemie ein Ausläufer der sehr beträchtlichen Epidemie, welche im Vorjahre auf Cypern geherrscht hatte.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 39. Jahreswoche vom 22.—29. September die geringste Sterblichkeit Karlsruhe mit 11,6, die grösste Sterblichkeit Kiel mit 33,5 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Die humoristische Festzeitung zur 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte kann, wie uns mitgetheilt wird, noch nachträglich durch die Buchhandlung O. Petters in Heidelberg bezogen werden (50 pf. in Briefmarken sind einzusenden).

— Seitens der Firma »Gesellschaft für Fabrication diätetischer Producte Ed. Loeflund & Co. in Stuttgart« geht uns die Mittheilung zu, dass sie seit Kurzem den Betrieb der Loeflund'schen Fabriken in Stuttgart und Harbatzhofen (bayer. Allgäu) übernommen hat und sich ausser den bekannten Malzpräparaten hauptsächlich der Herstellung reiner sterilisirter Alpenmilch widmet. Die Milch wird ohne Zucker auf etwa 1/3 ihres Volumens eingedickt, sodann nach den von Professor Soxhlet in München aufgestellten Principien sterilisirt, und dadurch von Organismen vollkommen befreit, so dass sie jahrelang haltbar bleibt. Die wissenschaftliche Controlle über die Fabrication wird von Herrn Prof. Soxhlet selbst ausgeübt und dies durch Aufdruck seines Namens auf die Etiketten bestätigt. Für den Arzt ist dadurch die Garantie gegeben, dass er zum Gebrauch für Kinder und Kranke eine vollkommen keimfreie, durch Verdünnung mit 2 Theilen gekochten Wassers leicht in ihrer natürlichen Stärke wiederherstellbare, vorzügliche Alpenmilch zur Verfügung hat.

(Universitäts-Nachrichten.) Göttingen. Am 1. October ist die neue chirurgische Klinik zur Benützung überwiesen worden. Die neue Klinik ist das grösste und den Baukosten nach das bedeutendste in der grossen Zahl von öffentlichen Gebäuden Göttingens. In unmittelbarer Nähe der fertigen Klinik sind in Bau begriffen die neue medicinische Klinik, das pathologische Institut mit Secirsälen und Absonderungshäuser für ansteckende Krankheiten. — Genf. Dr. Vincent wurde an Stelle des zurückgetretenen Prof. Dunant zum Professor der Hygiene ernannt. — Graz. An Stelle des nach Prag berufenen Prof. v. Jaksch sind für die Lehrkanzel der Kinderheilkunde in Aussicht genommen Escherich-München, Raudnitz-Prag, Frühwald und Foltanek-Wien. — Heidelberg. Dem Privatdocenten der Chirurgie Dr. Bessel-Hagen wurde der Charakter als ausserordentlicher Professor verliehen. — Königsberg. Prof. Vossius ist bis auf Weiteres mit der durch den Tod des Geheimrath Jacobson erledigten Direction der kgl. Universitäts-Augenklinik betraut worden. — Turin. Der ausserordentliche Professor Dr. E. Morselli wurde zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie in Genua ernannt.

(Todesfälle.) Am 9. ds. starb zu Wien der hervorragende Irrenarzt Professor Dr. Max Leidesdorf im 72. Lebensjahre. L. war in Wien geboren, studirte und promovirte daselbst, und habilitirte sich ebenda im J. 1856 als Docent für Psychiatrie. Im J. 1866 wurde er zum a. o. Professor, 1872 zum Primararzte der Irrenabtheilung des allgemeinen Krankenhauses uud 1875 zum Professor der psychiatrischen Klinik in der Wiener Landesirrenanstalt ernannt. Vor Jahresfrist ist L. nach zurückgelegtem 70. Lebensjahre, den bestehenden Gesetze gemäss, von seinem Lehramte zurückgetreten; sein Nachfolger ist bekanntlich Krafft-Ebing. Von grösseren wissenschaftlichen Arbeiten L.'s sind zu nennen seine »Psychiatrische Studien« und sein »Lehrbuch der psychischen Krankheiten«.

Am 1. ds. ist in London der Frauenarzt Dr. Protheroe Smith, der Gründer des ersten Frauen-Hospitals, im 81. Lebensjahr gestorben. Er war der Erste, welcher die Anästhesirung in der Geburtshilfe angewendet hat.

In Breslau ist der Assistenzarzt an der k. dermatologischen Klinik, Dr. Emil Zeising, nach kurzem schweren Leiden gestorben.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung. Dr. med. Otto Stieglitz, appr. 1885, in München.

Verzogen. Dr. Blanalt von Floss nach München; Dr. Ed. Lerch von Langquaid nach Floss; der prakt. Arzt Dr. Theodor Burger von Pottenstein nach Kasendorf, k. B.-A. Kulmbach.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 40. Jahreswoche vom 29. Sept. bis 5. Oct. 1889.

Betheil. Aerzte 287. — Brechdurchfall 41 (29*), Diphtherie, Croup 51 (44), Erysipelas 12 (12), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (4), Kindbettfieber — (3), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 1 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 6 (3), Parotitis epidemica 1 (—), Pneumonia crouposa 12 (8), Pyaemie, Septicaemie 2 (1), Rheumatismus art. ac. 20 (12), Ruhr (dysenteria) 1 (1), Scarlatina 18 (14), Tussis convulsiva 1. (12), Typhus abdominalis 14 (13), Varicellen 9 (2), Variola, Variolois — (—). Summa 204 (161). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 40. Jahreswoche vom 29. Sept. bis incl. 5. Oct. 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 3 (—), Diphtherie und Croup 3 (7), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus 1 (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 146 (137), der Tagesdurchschnitt 20.9 (19.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 27.0 (25.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 16.4 (15.8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15.9 (13.3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Norström, Le massage de l'uterus. Paris, 1889.

Kurlow, Ueber die Heilbarkeit der Lungentuberculose. Aus dem pathologischen Institut zu München. S.-A. D. Arch. f. klin. Med.

Meyer, G., Zur Kenntniss der spontanen Herzruptur. Aus dem path. Institut zu München. Inaug.-Diss. praes. Bollinger. Leipzig. 1888.

Drühe, Zwei Fälle von maligner Lebersyphilis. Inaug.-Diss. praesid. Bollinger. München, 1888.

Hirschberger, Experimentelle Beiträge zur Infectiosität der Milch tuberculöser Kühe. Aus dem path. Institut zu München. Inaug.-Diss. praesid. Bollinger. Leipzig, 1889.

Prinzing, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Placenta. Aus dem path. Institut zu München. Inaug.-Diss. praesid. Bollinger. Jena, 1889.

Kindler, Linksseitige Nasenspalte, verbunden mit Defect des Stirnbeines. Aus dem path. Institut zu München. Inaug.-Diss. praes. Bollinger. Jena, 1889.

Frobenius, Ed., Ueber angeborene Cystengeschwülste des Halses. Aus dem path. Institut zu München. Inaug.-Diss. praesid. Bollinger. Jena, 1889.

Roselieb, Ueber 5 Fälle von Carcinom des Dünndarms. Inaug.-Diss. praes. Bollinger, München, 1889.

Keiper, Zur Kenntniss der Gicht. Inaug.-Diss. praesid. Bollinger. München, 1889.

Behr. Zur Casuistik der primären Perichondritis laryngea. Inaug.-Diss. praesid. Bollinger. München, 1889.

Fischer, Zur Kenntniss der Haemophilie. Inaug.-Diss. praesid. Bollinger. München, 1889.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.